

Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato

Guía de Práctica Clínica (GPC)

2015

DU: 616+614+618 (866)

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2015. 64p: tabs: gra:18x25 cm.

ISBN- 978-9942-07-873-5

1. Salud Pública

2. Embarazo

3. Parto

4. Ecuador

5. Guía de práctica clínica

6. Protocolo médico. Procedimientos

7. Terapéutica y farmacología

Ministerio de Salud Pública

Av. República de El Salvador 36-64 y Suecia

Quito - Ecuador

Teléfono: (593-2) 381-4400

www.salud.gob.ec

Edición general: Dirección Nacional de Normatización – MSP

Esta Guía de Práctica Clínica (GPC) ha sido desarrollada por profesionales de las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) y especialistas expertos en la materia, bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Normatización (DNN) del Ministerio de Salud Pública (MSP). En ella se reúnen evidencias y recomendaciones científicas para asistir a los profesionales de la salud y pacientes en la toma de decisiones acerca de la atención del trabajo de parto, parto y posparto.

Estas son de carácter general y no definen un modo único de conducta procedimental o terapéutica, sino una orientación basada en evidencia científica para la misma. La aplicación de las recomendaciones en la práctica médica deberá basarse además en el buen juicio clínico de quien las emplea como referencia, en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente, en los recursos disponibles al momento de la atención, así como en las normas existentes.

Los autores declaran no tener conflicto de interés y han procurado ofrecer información completa y actualizada. Sin embargo, en vista de la posibilidad de cambios en las ciencias médicas, se recomienda revisar el prospecto de cada medicamento que se planea administrar para cerciorarse de que no se hayan producido cambios en las dosis sugeridas o en las contraindicaciones para su administración. Esta recomendación cobra especial importancia en el caso de medicamentos nuevos o de uso infrecuente.

Publicado en 2015

ISBN- 978-9942-07-873-5



Los contenidos son publicados bajo Licencia de Creative Commons de “Atribución-No Comercial-Compartir Igual 3.0 Ecuador”, y puede reproducirse libremente citando la fuente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas, dentro del SNS.

Cómo citar esta obra:

Ministerio de Salud Pública. Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica.

1ª Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Impreso por El Telégrafo EP

Corrección de estilo: La Caracola Editores

Hecho en Ecuador - Printed in Ecuador

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que:** la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 3 numeral 1, atribuye como deber primordial del Estado garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en ella y en los instrumentos internacionales, en particular la salud;
- Que:** la citada Constitución de la República del Ecuador en el artículo 32 dispone que: *"La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional."*;
- Que:** la Norma Suprema, en el artículo 361, ordena al Estado ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud, a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, a quien corresponde la responsabilidad de formular la política nacional de salud y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;
- Que:** la Ley Orgánica de Salud en el artículo 4, prescribe que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de dicha Ley, siendo obligatorias las normas que dicte para su plena vigencia;
- Que:** la Ley Ibídem, en el artículo 6, señala como responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: *"(...) 34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud"*;
- Que:** mediante Decreto Ejecutivo No. 1272 de 22 de agosto de 2012 y Decreto Ejecutivo No. 2 de 24 de mayo del 2013, el Presidente Constitucional de la República del Ecuador, ratificó a la magíster Carina Vance Mafla, como Ministra de Salud Pública;
- Que:** mediante Acuerdo Ministerial No. 00004520 de 13 de noviembre de 2013, se emitió el Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, el cual establece que la Dirección Nacional de Normatización tiene como misión: *"Desarrollar y definir todas las normas, manuales, protocolos, guías y otras normativas relacionadas a la gestión de la salud, a fin de que el Ministerio ejerza la rectoría sobre el Sistema Nacional de Salud, garantizando la calidad y excelencia en los servicios; y, asegurando la actualización, inclusión y socialización de la normativa entre los actores involucrados(...)"*;
- Que:** es necesario brindar evidencias y recomendaciones científicas para asistir a médicos y pacientes en la toma de decisiones acerca de la atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato; y,
- Que:** mediante memorando Nro. MSP-DNN-2014-1349-M de 04 de noviembre de 2014, la Directora Nacional de Normatización solicitó la elaboración del presente Acuerdo Ministerial.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONCEDIDAS POR LOS ARTICULOS 151 Y 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y POR EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDA:

Art.1 Aprobar y autorizar la publicación de la Guía de Práctica Clínica “ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y POSTPARTO INMEDIATO”, adaptada por la Dirección Nacional de Normatización.

Art.2.- Disponer que la Guía de Práctica Clínica, “ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y POSTPARTO INMEDIATO”, sea aplicada a nivel nacional, como una normativa de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud (Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria).

Art.3.- Publicar la Guía de Práctica Clínica referida en la página web del Ministerio de Salud Pública.

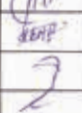
DISPOSICIÓN FINAL:

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza y a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud a través de las instancias correspondientes.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO, a 08 Nov 2016

Carina Vance Maña
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA



	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Aprobado	Dr. David Acuña	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministro	
	Dra. Verónica Espinosa	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud	Subsecretaria	
	Dra. Patricia Granja	Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud	Subsecretaria	
	Dr. Julio López	Director Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud	Director	
	Dra. Soledad Brazales	Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos	Directora	
	Dr. Andrés Aguirre	Dirección Nacional de Centros Especializados	Director	
	Dr. Andrés Corral	Director Nacional de Hospitales	Director	
Solicitado y aprobado	Dra. Gabriela Aguinaga	Dirección Nacional de Normatización	Directora	
Revisado	Dra. Elisa Jaramillo	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinadora General	
	Abg. Isabel Ledezma	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Directora	
	Abg. Alexandra Artega		Analista	
Revisión y validación de la guía	Dra. Ximena Raza	Dirección Nacional de Normatización	Técnica	

Autoridades

Mag. Carina Vance, Ministra de Salud Pública.

Dr. David Acurio, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud.

Dra. Verónica Espinosa, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud.

Dra. Patricia Granja, Subsecretaria Nacional de Provisión de Servicios de Salud.

Dra. Gabriela Aguinaga, Directora Nacional de Normatización.

Edición general

Dirección Nacional de Normatización MSP

Equipo de redacción y autores

Dr. Eduardo Yépez, Gineco-obstetra. Consultor UNFPA, Oficina Ecuador.

Dra. Belén Nieto, Gineco-obstetra. Equipo Consultor.

Dr. Alfredo Jijón, Gineco-obstetra. Docente Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito.

Dr. Vicente Yuen, Gineco-obstetra, Perinatólogo. Sociedad de Obstetricia y Ginecología, Guayas.

Dr. Wilfrido León, Gineco-obstetra. Docente Universidad Central del Ecuador.

Dr. Edgar Jara, Pediatra Neonatólogo. Jefe Neonatología Hospital de los Valles, Quito.

Equipo de revisión y validación

Dra. Gabriela Aguinaga, Dirección Nacional de Normatización MSP.

Dr. Enrique Amores, Gineco-obstetra, Hospital Enrique Garcés.

Dra. Elena Álvarez, Oficial Nacional Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA.

Obst. Eréndida Betancourt, Federación Nacional de Obstetrices del Ecuador (FENOE).

Dra. Alexandra Caicedo, Gineco-obstetra, Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora.

Dra. Sofía Cañadas, Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud MSP.

Dr. Mauricio Coral, Gineco-obstetra, Hospital Metropolitano.

Dr. Antonio Domínguez, Gineco-obstetra, Pontificia Universidad Católica.

Dra. Susana Guijarro, Dirección Nacional de Normatización MSP.

Dr. Rodrigo Henríquez, Médico de familia, Universidad de las Américas (UDLA).

Dr. Fernando Hernández, Gineco-obstetra, Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora.

Dr. Patricio Jácome, Gineco-obstetra, Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FESGO).

Dr. Rolando Montesinos, Gineco-obstetra, Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora.

Dra. Ximena Raza, Coordinación Dirección Nacional de Normatización MSP.

Obst. Marcia Robalino, Dirección Nacional de Normatización MSP.

Dra. Alicia Rodríguez, Dirección Nacional de Centros Especializados MSP (DCE).

Dra. Cristina Rodríguez, Gineco-obstetra IESS.

Dr. Lino Rojas, Gineco-obstetra, Hospital Docente de Riobamba.

Dr. Luis Suárez, Gineco-obstetra, Centro Médico Universidad San Francisco de Quito.
Dr. Francisco Torres, Gineco-obstetra, Unidad Metropolitana de Salud Sur.
Dr. Fernando Villacrés, Gineco-obstetra, Unidad Metropolitana de Salud Sur.
Dr. Marcelo Zumárraga, Gineco-obstetra, Hospital de los Valles.
Dr. Rafael Moncayo, Gineco-obstetra, Clínica de la Mujer.
Dra. Martha Gordón, Analista Dirección Nacional de Normatización.
Bqf. Silvia Álvarez Freire, Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos, MSP.
Dra. Gabriela Cantuña, Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos, MSP.
Lic. Ximena Pinto, Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos, MSP.
Bq.Cl. Brenda Atti, Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos, MSP.

Contenidos

1. Descripción de esta GPC	10
2. Clasificación CIE-10	11
3. Preguntas que responde esta GPC	12
4. Introducción	13
5. Objetivo general	15
6. Objetivos específicos	15
7. Aspectos metodológicos	15
8. Definiciones	16
9. Evidencias y recomendaciones	17
9.1 Primera etapa del trabajo de parto: dilatación y borramiento	17
9.2 Segunda etapa del trabajo de parto: expulsivo	24
9.3 Tercera etapa del trabajo de parto: alumbramiento	27
9.4 Cuidados del recién nacido	27
9.5 Alta hospitalaria	32
10. Glosario de términos	33
11. Abreviaturas	36
12. Referencias	37
13. Anexos	49

1. Descripción de esta GPC

Título	Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato
Organización desarrolladora	Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) - Dirección Nacional de Normatización (DNN). Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).
Código- CIE 10	O80 Parto único espontáneo. O80.0 Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice. O80.9 Parto único espontáneo, sin otra especificación.
Categoría de la GPC	Primer, segundo y tercer nivel: diagnóstico y atención del trabajo de parto, parto y posparto sin complicaciones, parto eutócico. Segundo nivel: diagnóstico y atención del trabajo de parto, parto y posparto con complicaciones, parto distócico. Tercer nivel de atención: diagnóstico y atención del trabajo de parto, parto y posparto que requiera intervención neonatal.
Profesionales a quienes va dirigida	Esta guía está dirigida al amplio grupo de profesionales involucrados en la atención directa de la salud sexual y la salud reproductiva con énfasis en el control del embarazo, parto y puerperio tales como: enfermeras/os, obstetrices, médicos generales, médicos de familia, especialistas en ginecología y obstetricia, pediatras, neonatólogos, anestesiólogos.
Otros usuarios potenciales	Enfermeras/os, obstetrices, médicos generales, médicos de familia, especialistas en ginecología y obstetricia, pediatras, neonatólogos, anestesiólogos. Personal de salud en formación. Quienes ejercen un nivel de responsabilidad en el planeamiento, gerencia y dirección de centros obstétricos.
Población blanco	Mujeres embarazadas de bajo riesgo en trabajo de parto.
Intervenciones y acciones consideradas	Vigilancia y manejo de los períodos del trabajo de parto. Mejora de la atención en el manejo del trabajo de parto. Atención del parto. Atención del puerperio inmediato. Atención y cuidados al recién nacido. Remisión oportuna al nivel de atención correspondiente de requerirlo.

Metodología	Esta guía fue elaborada mediante la metodología ADAPTE, a partir de los siguientes documentos: Guía de Práctica Clínica Atención del Parto Normal del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA 2010). ACOG Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists; Number 106, July 2009; Replaces Practice Bulletin Number 70, December 2005; Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, and General Management Principles. Los contenidos fueron actualizados a partir de la evidencia publicada en el período 2000-2014, con énfasis en el uso de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados aleatorizados. Existen revisiones cuya evidencia no ha sido modificada desde años previos al período descrito que también han sido consideradas. El proceso de adaptación incluyó la revisión por pares y reuniones de consenso de la guía para su adaptación al contexto nacional.
Validación	Validación del protocolo de búsqueda y GPC para adaptarse. Método de validación de la GPC: revisión por pares. Validación: DNN y SNS.
Fuente de financiamiento	Dirección Nacional de Normatización, MSP Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA)
Impacto esperado	Disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal.
Conflicto de interés	Todos los autores han declarado la ausencia de conflicto de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente GPC.
Actualización	A partir de la fecha de la publicación, cada dos años, o según avances científicos en el tema.

2. Clasificación CIE-10

- O 80 Parto único espontáneo.
- O 80.0 Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice.
- O 80.9 Parto único espontáneo, sin otra especificación. Parto espontáneo SAI.

3. Preguntas que responde esta GPC

I. Primera etapa (trabajo de parto)

1. ¿Cuáles son las recomendaciones para el personal de salud que atiende el parto?
2. ¿Cuál es el momento idóneo para admitir a la embarazada en trabajo de parto en el centro obstétrico?
3. ¿Cuáles son las indicaciones para el parto eutócico, espontáneo?
4. ¿Cuál es el mejor método para valorar la frecuencia cardíaca fetal (FCF) en la admisión de la embarazada y durante el trabajo de parto?
5. ¿Cuáles son las medidas adecuadas para la preparación del parto?
6. ¿Cuál es la frecuencia en que se debe realizar el tacto vaginal?
7. ¿Se debe usar la amniotomía y oxitocina para tratar el retardo de la primera etapa del parto?

II. Segunda etapa del parto (expulsivo)

8. ¿Influyen la duración y el progreso de la segunda etapa del parto en los resultados perinatales?
9. ¿Cómo debe realizarse la higiene de manos para la asistencia del período expulsivo del parto?
10. ¿Cuál es la posición más adecuada durante el período expulsivo?
11. ¿Se debe recomendar que se dirijan los pujos en el período expulsivo?
12. ¿Cuál es una intervención efectiva en la prevención del trauma genital?
13. ¿Cuál es el beneficio de la episiotomía selectiva vs. la rutinaria durante el período expulsivo?
14. ¿Cuál es la efectividad de la maniobra de Kristeller durante el período expulsivo?

III. Tercera etapa del parto (alumbramiento)

15. ¿Cuál es la duración de la tercera etapa del parto?
16. ¿Cuán efectivo es realizar el manejo activo del alumbramiento?

IV. Cuidados del recién nacido (RN)

17. ¿Cómo se determina la edad gestacional?
18. ¿Cuál es el momento más adecuado para pinzar el cordón umbilical?
19. ¿Cuál es el beneficio del contacto piel con piel?

20. ¿Cuáles son los beneficios de la lactancia precoz?
21. ¿El paso de sondas gástrica-rectal y/o la aspiración naso-orofaríngea sistemática en el período neonatal inmediato mejoran o no el pronóstico neonatal?
22. ¿Cuál es la utilidad de realizar profilaxis oftálmica y con vitamina K al RN?
23. ¿Cuál es la secuencia de atención al RN?
24. ¿Cuáles son las medidas correctivas de ventilación en la reanimación neonatal?

V. Alta hospitalaria

25. ¿Cuáles son las indicaciones para el alta hospitalaria luego del parto espontáneo?

4. Introducción

El parto y el nacimiento son procesos fisiológicos. El garantizar los mejores resultados en la atención del parto debe observar la importancia que este proceso tiene en la vida de la mujer, en su bienestar emocional y en la adaptación a la maternidad, así como en el establecimiento del vínculo con su hijo o hija, en el éxito de la lactancia, en el estilo de crianza y en el desarrollo posterior de los niños y niñas.¹

Actualmente, la mayoría de las mujeres puede dar a luz con un cuidado de la salud mínimo, sin poner en riesgo la seguridad del proceso. Para ello es necesario que las mujeres recuperen la confianza en sus posibilidades de afrontar el parto y que los profesionales comprendan cuáles son las necesidades básicas de las mujeres durante este proceso fisiológico (seguridad, tranquilidad, privacidad, autonomía) y ofrezcan una atención diferente que satisfaga a las mujeres, garantizando su bienestar y el del RN.^{1,2}

El personal de salud debe estar sensibilizado que el parto es un acontecimiento trascendental en la vida de las mujeres y que el tipo de atención que se preste tiene importantes efectos en ellas y en sus hijos e hijas.¹

En 1985, la OMS estableció una serie de recomendaciones sobre el uso de la tecnología apropiada en los partos, elaborando, en 1996, una Guía Práctica sobre los cuidados en el Parto Normal.²

En el Ecuador, se producen en promedio 300.000 nacimientos al año; aproximadamente un 15% de las mujeres embarazadas experimenta una complicación que amenaza su vida durante el embarazo o el parto.⁴ En el año 2013, en el mundo murieron 289.000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos.⁵

La experiencia clínica indica que el personal calificado, adecuadamente equipado y respaldado, puede prevenir o manejar muchas de estas complicaciones.^{1-3, 5, 6}

De acuerdo a la información disponible actualmente, los expertos concuerdan en que la atención calificada del parto debe ser un elemento central de cualquier política o programa que tenga como meta la reducción de las muertes maternas.² La morbilidad y mortalidad maternas son prevenibles con la aplicación de acciones que eviten complicaciones.^{1, 6}

La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000;⁷ en concordancia, esta también es una de las principales prioridades del MSP del Ecuador,⁸ y para ello se debe ofrecer orientaciones clínicas y programáticas basadas en datos científicos que permitan una atención calificada del trabajo de parto, el parto y el posparto inmediato normal, así como el cuidado inicial del RN, condición que permitirá disminuir el riesgo de complicaciones que podrían presentarse y, de esta manera, reducir la morbi-mortalidad materna y neonatal.

La GPC de *Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato* del MSP presenta la mejor evidencia científica en la atención eficiente del trabajo de parto, parto y atención del RN para que contribuya en forma temprana y adecuada a disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal, enfocando la atención del parto como una situación fisiológica normal que debe ser debidamente controlada por el personal de salud en el primer nivel de atención de forma preferencial, definiendo las mejores recomendaciones para la atención del mismo en la primera etapa del trabajo o período de dilatación, en la segunda etapa o período expulsivo y en la tercera etapa o período de alumbramiento; además da recomendaciones para el cuidado y manejo de RN en el período de posparto inmediato.^{1-3, 5, 9}

La atención en los establecimientos de salud durante el trabajo de parto, parto y posparto debe estar centrada en el cuidado de la madre, el feto y el RN. Existen cinco momentos en la implementación de las recomendaciones:

1. Primera etapa del trabajo o labor de parto (dilatación y borramiento)
2. Segunda etapa (expulsivo)
3. Tercera etapa (alumbramiento)
4. Cuidado de RN
5. Alta hospitalaria

5. Objetivo general

Presentar a los profesionales de la salud la mejor evidencia científica disponible sobre la atención del trabajo de parto, parto, posparto y atención del RN en todos los niveles de atención, con el fin de mejorar la calidad de la atención.

6. Objetivos específicos

1. Proporcionar atención obstétrica segura a la embarazada en el trabajo de parto y parto espontáneo.
2. Identificar las fases del trabajo de parto y las conductas adecuadas para su manejo.
3. Determinar cómo se debe asistir un parto normal (eutócico).
4. Establecer las mejores prácticas para la atención del RN.
5. Definir las indicaciones para el alta hospitalaria de la madre y del RN.

7. Aspectos metodológicos

La presente guía está elaborada con las mejores prácticas clínicas y recomendaciones disponibles para el manejo del trabajo de parto, parto y posparto inmediato, adaptada al Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) que propone un fortalecimiento del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema, basado en atención integral, y con un enfoque familiar, comunitario e individual.

El MSP, como rector del Sistema Nacional de Salud, la ha diseñado como parte de una propuesta metodológica compuesta por un set de instrumentos:

- Guía de Práctica Clínica
- Guía de bolsillo
- Guía para el ciudadano
- Manual de procedimientos

Los estudios encontrados en la búsqueda bibliográfica fueron revisados para identificar los datos más apropiados para ayudar a responder las preguntas clínicas y asegurar que las recomendaciones estén basadas en la mejor evidencia disponible.

La búsqueda de información se realizó en metabuscadores de GPC; 10 sumarios de la evidencia, síntesis de la evidencia en salud sexual y reproductiva: Biblioteca Cochrane y Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, estudios en PubMed y sistemas de alerta bibliográfica. Se sometió a evaluación con instrumento AGREE II a todas las guías seleccionadas.

Evidencias y grados de recomendación

En este documento, el lector encontrará, al margen derecho de las páginas, la calidad de la evidencia y/o el grado de fuerza de las diferentes recomendaciones presentadas. Las recomendaciones se encuentran sustentadas por evidencia calificada; para la evidencia y recomendación se colocó la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación (ver Anexo 1).

El símbolo ✓ representa un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo desarrollador de la guía acuerda. Por lo general, son aspectos prácticos sobre los que se quiere hacer énfasis y para los cuales probablemente no existe suficiente evidencia científica que los sustente. Estos aspectos de buena práctica clínica no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica, sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

Símbolos empleados en esta GPC

Evidencia	E
Recomendación	R
Punto de buena práctica	✓

8. Definiciones

Parto espontáneo/normal/eutócico: es aquel de comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El niño o la niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas.¹

Parto inducido: cuando se logra un trabajo de parto mediante el inicio artificial de las contracciones uterinas para producir borramiento y dilatación cervical mediante el uso externo de medicamentos o maniobras con capacidad contráctil.¹¹

Parto inmaduro: el es que se presenta entre las 20 y las 28 semanas de gestación.^{1, 2}

Parto pretérmino o prematuro: es el que se presenta entre las 28 y las 36 semanas de gestación.^{1, 2}

Parto a término: es el que se presenta entre las 37 y 42 semanas.¹

Parto postérmino: el que se presenta luego de las 42 semanas de gestación o más de 294 días, calculados a partir de la fecha de la última menstruación confiable.⁹

Trabajo de parto: contracciones uterinas suficientes en frecuencia, intensidad y duración que producen borramiento y dilatación del cérvix.⁹

Primera etapa de trabajo de parto o período de dilatación: es la que comienza con el inicio del parto y termina con la dilatación completa. A su vez, esta primera etapa, tanto en la práctica clínica como en la literatura, se ha subdividido en dos fases: la fase latente y la fase activa.¹

Fase latente del trabajo de parto: la fase latente comienza con el inicio del parto y se caracteriza por la presencia de contracciones variables en cuanto a intensidad y duración y se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta o escasa de la dilatación hasta 4 cm.¹

Fase activa de trabajo de parto: se caracteriza por el aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la rápida progresión de la dilatación; comienza con una dilatación de más de 4 cm y termina cuando la paciente tiene dilatación completa: 10 cm.^{1,9}

Segunda etapa de trabajo de parto o período expulsivo: es la que comienza con la dilatación cervical completa y finaliza con el nacimiento del feto. Alternativamente, también es considerada desde el comienzo del pujo materno con dilatación completa hasta el nacimiento.^{1,9}

Tercera etapa de trabajo de parto o alumbramiento: es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta.^{1,9}

Prueba de trabajo de parto: es el procedimiento obstétrico al que se somete a una paciente con relación céfalo-pélvica límite que tiene por objeto conseguir la evolución del trabajo de parto, mediante su vigilancia y conducción.⁹

9. Evidencias y recomendaciones

9.1 Primera etapa del trabajo de parto (dilatación y borramiento) Recomendaciones para el personal de salud

Se recomienda que los establecimientos de salud promuevan la atención del trabajo de parto, parto de bajo riesgo por parte de personal debidamente capacitado. ^{12, 13}	R-A
Se recomienda que el personal de atención del trabajo de parto, parto y puerperio esté con la paciente todo el tiempo de su labor, brinde apoyo y acompañamiento adecuado a la embarazada; esto proporciona mayores beneficios que otros modelos médicos o de atención compartida, sin efectos adversos. La muerte fetal y neonatal general es similar en los diferentes modelos de atención. ¹⁴	R-A
Las mujeres que reciben apoyo continuo profesional durante el trabajo de parto tienen mayor probabilidad de parto vaginal espontáneo y menor probabilidad de: 1. Recibir analgesia regional 2. Tener un parto vaginal instrumental 3. Tener un parto por cesárea 4. Informar insatisfacción con la experiencia de parto^{13, 14, 15}	E-1a

Se recomienda que el personal capacitado para la atención del trabajo de parto, parto y puerperio acompañe y apoye a la embarazada de forma continua. ¹²	R-A
Se recomienda facilitar el acompañamiento de la mujer durante el parto por la persona de su elección. ¹	R-A
Se recomienda que las embarazadas en trabajo de parto sean tratadas con el máximo respeto y calidez, dispongan de toda la información acerca de sus opciones y estén implicadas en la toma de decisiones. ¹	R-D
Se recomienda que el personal de salud que las atiende establezca una relación empática con las mujeres, pregunte por sus expectativas y por sus necesidades, para poder apoyarlas y orientarlas, siendo en todo momento conscientes de la importancia de su actitud, del tono de voz empleado, de las palabras utilizadas y de la forma en que se proporcionan los cuidados. ¹	R-D
Se recomienda siempre informar al especialista gineco-obstetra responsable del servicio de atención en el primer y segundo nivel de que se está atendiendo un parto. De no contar con especialista en el momento de atención se debe informar a la red de atención y considerar siempre la posibilidad de requerir una referencia oportuna.	R-✓

Admisión o momento del ingreso al centro obstétrico

No se recomienda la admisión en la maternidad de forma temprana o durante la fase latente, ya que se asocia a mayor intervencionismo durante el parto (uso de oxitocina, de analgesia epidural e intubaciones en neonatos), la evidencia en cuanto a sus efectos sobre la morbi-mortalidad de madres o neonatos sigue siendo aún insuficiente. ^{16, 17} (Véase anexo 2)	E-3
Los criterios de admisión de la embarazada en trabajo de parto en los centros obstétricos son los siguientes: ¹⁷ 1. Dinámica uterina regular 2. Borramiento cervical > 50% 3. Dilatación de 3-4 cm Es decir, que se encuentre en fase activa del parto.	E-4
Se recomienda ofrecer apoyo individualizado a las embarazadas y sus acompañantes que acudan a la atención por presentar contracciones dolorosas y que no están en fase activa de parto; en donde, según el antecedente de cada caso (paridad de la paciente, historial sobre sus partos anteriores y las condiciones clínicas en las que llegue la paciente) se indica: - Que retornen a sus domicilios con adecuada orientación cuando: 1. Tenga menos de 3 cm de dilatación, sin dinámica uterina regular y borramiento cervical <50%. 2. Se haya ofrecido información y apoyo individualizado a las embarazadas y sus acompañantes. 3. Se haya informado claramente sobre los signos de alarma. 4. Haya estabilidad hemodinámica. 5. No existan antecedentes de gran multiparidad o partos rápidos. 6. Viva en el área urbana y de fácil acceso al servicio de atención. - Se genera un ingreso temprano a la paciente que tiene antecedentes de: 1. Varios partos (multiparidad) y/o partos rápidos. 2. Patología de base materna que debe ser controlada. 3. Acuda desde el área rural, con difícil acceso al servicio de atención (comunidad distante a más de una hora del centro de atención).	R-✓

Indicaciones para el parto eutócico, espontáneo

Se recomienda la resolución del embarazo a término por vía vaginal en embarazadas sin patología o estado materno y/o fetal que contraindique la misma. ¹	R - A
Se recomienda realizar la prueba de trabajo de parto a las embarazadas a término, en trabajo de parto, con patología asociada no complicada, bajo vigilancia estricta del especialista en Ginecología y Obstetricia. ^{9, 15}	R - A
Se recomienda realizar la prueba de trabajo de parto a la embarazada a término en trabajo de parto con cesárea previa, sin patología o estado materno y/o fetal que contraindique la vía vaginal, bajo supervisión de especialista en Ginecología y Obstetricia. ¹⁵	E - 1 a
Se recomienda parto vaginal a las embarazadas a término con patología asociada no complicada: preeclampsia, hipertensión crónica, diabetes mellitus, diabetes gestacional, trombocitopenias, hepatitis, enfermedad tromboembólica, enfermedades autoinmunes, insuficiencia renal; bajo supervisión del especialista en Ginecología y Obstetricia; a menos que exista contraindicación materna y/o fetal para ella. ¹⁵	E - 1 a

Valoración de la FCF: monitorización fetal electrónica continua (MFEC) y auscultación fetal intermitente (AFI)

No existe evidencia científica que respalde que realizar la MFEC en la admisión comparada con la AFI sea beneficioso en embarazadas de bajo riesgo. ¹	E - 1 a
La MFEC en la admisión no ha mostrado ser beneficiosa en mujeres de bajo riesgo, comparada con la AFI. ^{18, 19}	E - 1 a
Tanto la MFEC como la AFI son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto.	R - B
Se recomienda valorar la frecuencia cardíaca fetal siempre al ingreso de la embarazada al establecimiento de salud.	R - ✓
No es obligatoria la realización de MFEC al ingreso de la paciente de bajo riesgo; el método de valoración de la FCF durante el parto será determinado por el profesional de salud en dependencia de las características del trabajo de parto y de los antecedentes de la embarazada, pudiendo realizarse por técnica de AFI (véase anexo 3) o mediante un MFEC (véase anexo 4).	R - ✓
El cambio de AFI a MFEC en mujeres de bajo riesgo debe realizarse en las siguientes situaciones: 1. Presencia de líquido amniótico teñido de meconio. 2. Alteración del latido cardíaco fetal por auscultación. 3. Fiebre materna. 4. Sangrado durante el parto. 5. Uso de oxitocina. 6. Demanda de la mujer. 7. Durante 30 minutos después de establecida la anestesia epidural o después de la administración de cada bolo adicional de analgesia.	R - ✓

Fase latente del trabajo de parto

La fase latente es el período del parto que transcurre entre el inicio de las contracciones uterinas regulares con modificación cervical hasta los 4 cm de dilatación. ¹	E – 1a
La duración es de aproximadamente 6,4 horas en la nulípara y 4,8 horas en las múltiparas. ¹⁵	E - 1a

Fase activa del trabajo de parto

La fase activa es el período del parto que transcurre entre los 4 cm y los 10 cm de dilatación y se acompaña de dinámica regular.	R - A
La duración de la fase activa del parto es variable entre las embarazadas y depende de la paridad. Su progreso no es necesariamente lineal. ^{18, 19, 20, 21, 22}	R - C
La duración de la fase activa del parto puede establecerse de la siguiente manera: - En las primíparas: 1.El promedio de duración es de 8 horas. 2.Es poco probable que dure más de 18 horas. - En las múltiparas: 1.El promedio de duración es de 5 horas. 2.Es poco probable que dure más de 12 horas. ^{18, 19, 20, 21, 22} Para mejor control recordar que está determinado que en la fase activa el progreso es de 1,1 cm/hora en las mujeres nulíparas y de 1,3 cm/hora en las múltiparas.	E-1a
Se recomienda usar el promedio y límite de tiempo de la fase activa para: 1. Informar a las mujeres sobre la duración posible del parto. 2. Detectar distocias, e indicar el momento en que obstetras, médicos de familia y médicos generales deben solicitar con la debida oportunidad la intervención del especialista en gineco-obstetricia en el mismo centro de asistencia o realizar la referencia del parto.	R-✓
Se recomienda valoración por el especialista siempre que el trabajo de parto en fase activa se prolongue más allá del promedio de 8 horas en la nulípara y 5 horas en la múltipara.	R-✓
La decisión de intervenir ante una sospecha de prolongación de la primera etapa del parto se debe tomar en función del progreso de la dilatación y otros factores obstétricos, y no exclusivamente sobre la base de la duración. Esta decisión estará a cargo del especialista en ginecología y obstetricia.	R-✓

Medidas para la preparación del parto

Asepsia

La higiene de las manos es la medida más importante de prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención de salud. ²²	R - A
---	--------------

Se recomiendan los cinco momentos para la higiene de las manos para proteger a la embarazada, al personal de salud y al entorno sanitario, de la proliferación de patógenos. Estos cinco momentos son: 1. Antes de tocar a la paciente. 2. Antes de realizar una tarea de limpieza aséptica. 3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales. 4. Después de tocar a la paciente. 5. Después de contacto con el entorno de la paciente. ²³	R - A
El lavado de manos simple o con gel alcohólico es eficaz en la disminución de infecciones asociadas al cuidado de pacientes. ^{23, 24, 25}	E - 2a
Un lavado eficaz de manos con jabón líquido no-medicado elimina los microorganismos transitorios y consigue una limpieza efectiva de manos. ²⁶	E - 1a

Ingesta de líquidos y sólidos durante el trabajo de parto

Se recomienda permitir la ingesta de líquidos claros (agua, zumos de frutas sin pulpa, café y té sin leche) o bebidas isotónicas durante el parto. La ingesta de líquidos claros durante el trabajo de parto no influye negativamente sobre la evolución del mismo, el tipo de parto, la duración y el empleo de oxitocina, ni sobre los resultados del RN. Más bien se considera que mejora el confort y la satisfacción materna y no incrementa las complicaciones maternas. ^{27, 28, 29}	R-A
Se recomienda que las mujeres sean informadas sobre la eficacia de las bebidas isotónicas para combatir la cetosis durante el trabajo de parto, y por ello es preferible a la ingesta de agua. ^{28, 29}	R-A
No se ha encontrado que la ingesta de sólidos durante el parto influya en los resultados obstétricos (tipo de nacimiento y duración del parto) ni en los neonatales. Los estudios no tienen suficiente potencia como para poder evaluar la seguridad materna frente a eventos y complicaciones graves y extremadamente raros como el síndrome de Mendelson, cuya incidencia es de 10% a 0,05%. ^{28, 29, 30, 31}	E-1a
Se puede ofrecer líquidos por vía oral durante el parto, sin restricción frente a una posible cesárea, ya que, en la actualidad, la anestesia general en obstetricia ha dejado paso a las técnicas neuroaxiales, que son las que habitualmente se emplean en el transcurso de partos y cesáreas.	R-✓

Uso de enema

No se recomienda utilizar el enema de forma rutinaria durante el parto. ¹	R-A
La utilización de enemas no reduce las tasas de infección materna o neonatal, ni las dehiscencias de la episiotomía y tampoco mejora la satisfacción materna. Su uso tiene poca probabilidad de proporcionar beneficios maternos o neonatales. ³²	E-1a

Rasurado perineal

No se recomienda el rasurado perineal sistemático en mujeres en trabajo de parto. ³³	R-B
No existen pruebas suficientes sobre la efectividad del rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos en los resultados neonatales, aunque se observó una menor colonización bacteriana Gram negativa en las mujeres en las que no se realizó el rasurado. ³³	E-2a

Posición de la embarazada durante el trabajo de parto

Se recomienda alentar y ayudar a las mujeres a la LIBRE POSICIÓN, que es la adopción de cualquier posición cómoda para la embarazada a lo largo de la fase activa y a movilizarse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo; incluso a las que utilizan analgesia epidural. ³⁴	R-B
Con la libre posición no se encuentran diferencias significativas en cuanto al uso de oxitocina y de analgésicos, tipo de parto y resultados maternos o neonatales. ^{35, 36, 37, 38, 39, 40}	E-1b
La evidencia sobre el efecto de la adopción de diferentes posiciones en la duración de la primera etapa de parto y en el confort materno es inconsistente y no concluyente. ^{35, 37, 39}	E-1b

Utilidad del partograma

El uso, frente al no uso, del partograma parece reducir la proporción de partos con duración mayor de 18 horas, uso de oxitocina, tasa de sepsis posparto y las tasas de cesáreas, mientras que incrementa el índice de partos espontáneos. ⁴¹	E-2a
No existe evidencia de diferencias entre el uso y no uso del partograma sobre las tasas de cesáreas, parto vaginal instrumentado y puntuaciones de Apgar <7 a los cinco minutos. ⁴²	E-1a
Los partogramas con línea de acción de tres horas comparados con los de la de cuatro horas incrementan el número de cesáreas (pero no las cesáreas por estrés fetal). ^{42, 43}	E-1a
Si se utiliza, se recomienda el partograma de una línea de acción de cuatro horas (se sitúa cuatro horas a la derecha de la línea de progreso, dándose más tiempo antes de emprender alguna acción por retardo de la dilatación). ¹	R-A

Frecuencia e indicación del tacto vaginal

El riesgo de infección se incrementa con el número de tactos vaginales. ^{44, 45, 46, 47}	E-2a
El número de tactos vaginales en el manejo de la primera etapa del trabajo de parto, tras la rotura prematura de membranas, es el factor independiente más importante para predecir una infección materna y/o neonatal. ^{44, 45, 46, 47}	E-2a
Se recomienda que las exploraciones vaginales se realicen cada cuatro horas, en condiciones normales.	R-✓

Antes de practicar un tacto vaginal, se deberá: 1. Confirmar que es realmente necesario y que la información que proporcione será relevante en la toma de decisiones. 2. Conocer que el examen vaginal es una exploración molesta e invasiva, asociada a un incremento del riesgo de infección. 3. Garantizar la privacidad, dignidad y comodidad de la mujer. 4. Explicar la razón por la que se practica y comunicar los hallazgos encontrados, con calidez, sobre todo si no son los esperados por la mujer.	R-✓
---	-----

Amniotomía/amniorrexia y uso de oxitocina en la fase activa del trabajo de parto

NO se recomienda realizar amniotomía/amniorrexia artificial, ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria en partos vaginales que progresan de forma normal, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados. ¹	R- A
No existen pruebas de diferencias en el tipo de nacimiento, uso de anestesia epidural, duración del parto o resultados neonatales entre la amniorrexia rutinaria y uso de oxitocina, frente a un manejo más conservador de la primera etapa del parto. ^{48, 49, 50, 51}	E-1b
La realización de la <i>amniorrexia</i> , comparada con el manejo expectante, no muestra mejores resultados. ⁵³	E- 1b
Cuando existe un retardo en el progreso del trabajo del parto comprobado, la amniorrexia seguida de infusión de <i>oxitocina</i> a bajas dosis acorta la duración de la primera etapa del trabajo de parto y mejora el grado de satisfacción materna, pero no mejora las tasas de partos vaginales ni otros resultados. ¹⁵	E- 1b
La evidencia sobre regímenes de dosificación de oxitocina alta para la estimulación del parto es limitada, por la falta de potencia de los estudios y porque utilizan diferentes comparaciones. ^{54, 55, 56, 57, 58}	E - 1a
Se recomienda para el tratamiento de las alteraciones de la duración y progreso del trabajo de parto en el Ecuador el uso del esquema de oxitocina a dosis baja según el siguiente esquema: Dilución (deseable uso en bomba de infusión continua) Dosis inicial Dosis de aumento Intervalo de dosis Dosis máxima Bomba de infusión 1.000 cc de SS 0,9% más 10 UI de oxitocina 1 mU/min (6 ml/h) Doblar dosis hasta conseguir dinámica eficaz 30 minutos 30 mU/min (180 ml/h) Goteo venoclisis sin bomba 1.000 cc de SS 0,9% más 10 UI de oxitocina 2 gotas/min (6 ml/h) Doblar dosis hasta conseguir dinámica eficaz 30 minutos 60 gotas/min	R-✓

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma y Protocolo Materno; 2008 agosto.
Modificado: Autores

9.2 Segunda etapa del parto (expulsivo)

Duración y progreso

La duración normal del expulsivo depende de cada embarazada, y puede ser: 1. Hasta tres horas para nulíparas sin analgesia epidural. 2. Hasta cuatro horas para nulíparas con analgesia epidural. 3. Para multíparas sin analgesia epidural, hasta un máximo de dos horas. 4. Para multíparas con analgesia epidural, hasta tres horas. ⁵⁹	E- 2b
Los riesgos de resultados adversos maternos y perinatales aumentan con una mayor duración de la segunda etapa del parto, en especial de más de tres horas en las mujeres nulíparas y más de dos horas en las multíparas. ⁶⁰	E- 2b
Existe asociación entre la duración larga de la 2ª etapa y la presencia de hemorragia posparto (HPP). ^{61, 62}	E- 2b
Existe asociación entre un período expulsivo prolongado y altos índices de cesáreas y de partos instrumentales. ⁶³	E- 2b
Un período expulsivo prolongado no está asociado a la incontinencia urinaria de esfuerzo a largo plazo (medida en un período de hasta 7-8 años tras el parto). ⁶⁴	E- 2b

Medidas de asepsia

Higiene de manos: las manos deben lavarse/desinfectarse inmediatamente antes de cada episodio de contacto directo con la mujer y después de cualquier actividad o contacto que pudiera resultar en una potencial contaminación de las manos, de acuerdo a lo señalado anteriormente. ²⁴	E - 2a
Vestimenta: la selección del equipo de protección deberá basarse en la evaluación del riesgo de transmisión de microorganismos a la mujer y del riesgo de contaminación de la vestimenta de los profesionales de salud y de la piel por la sangre, fluidos corporales y excreciones o secreciones. ¹	R - D
Se recomienda la utilización de trajes impermeables de cuerpo entero cuando exista riesgo de salpicaduras frecuentes de sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones, excepto sudor, a la piel o a la vestimenta de los profesionales de salud, como es el caso de la asistencia al parto.	R-✓
Se recomienda, en dependencia de la cultura de la mujer en trabajo de parto, se permita el uso de ropa/vestimenta que proporcione un adecuado abrigo a la mujer; en este sentido, la mujer debe conservar su derecho a decidir sobre la vestimenta que utilizará durante su trabajo de parto reconociendo que la misma debe ser limpia. ^{**}	R-✓
Uso de guantes: los guantes serán siempre estériles, y deberán colocarse inmediatamente antes de un episodio en el que haya contacto con un paciente y retirarse tan pronto la actividad haya finalizado. Los guantes deberán ser cambiados cada vez que se atienda a mujeres diferentes y entre actividades diferentes en un mismo paciente. ¹	R - D
El uso de guantes en la prevención de infecciones relacionadas con la atención de salud está indicado para la protección de las manos de la contaminación con materia orgánica y microorganismos y para la reducción de los riesgos de transmisión de microorganismos entre las pacientes y el personal. ⁶⁵	E - 4

Uso de mascarillas: faciales y protecciones oculares deberán ser usadas siempre por todo el personal de salud, cuando haya riesgo de salpicaduras de sangre y fluidos corporales en la cara o en los ojos. ¹	R - D
--	--------------

** Para vestimenta y abrigo, observar lo indicado en la Guía de Atención del Parto Culturalmente adecuado del MSP.

Posición de la embarazada durante el período expulsivo

Se recomienda que, durante el trabajo de parto y expulsivo, las embarazadas adopten la posición que les sea más cómoda. ¹	R - A
Las posiciones verticales o laterales, comparadas con supina o de litotomía, se asocian a una menor duración de la segunda etapa de parto, menos nacimientos asistidos, tasas menores de episiotomías, menor dolor agudo durante la segunda etapa y menos patrones anormales de la FCF. ⁶⁶	E- 1a
Las mujeres que adoptan posturas de manos y rodillas presentan menor dolor lumbar persistente y encuentran dicha posición como la más cómoda para dar a luz, con menor dolor perineal posparto y con una percepción de un parto más corto (aunque no hubiera diferencias reales de la duración). ^{67, 68}	E- 1a
En mujeres con analgesia epidural, se observa una reducción de la duración del parto en las posiciones verticales (de pie, caminando, de rodillas, en cuclillas o sentada con inclinación a más de 60 grados) frente a la posición supina durante el expulsivo. ⁶⁹	E- 1a
La posición sentada es un factor protector del trauma perineal y también proporciona un mayor confort y autonomía de la madre en el nacimiento. ⁷⁰	E- 1a

Pujos maternos (espontáneos) y pujos dirigidos

Se recomienda el pujo espontáneo, el instintivo de forma fisiológica.	R- A
No se recomienda el pujo dirigido, el que controla la intensidad y el tiempo del pujo desde la aparición espontánea de la contracción.	R- A
En mujeres con analgesia epidural, se recomienda dirigir los pujos solo de ser necesario cuando la presentación haya sobrepasado las espinas isquiáticas (tercer plano de Hodge). ¹	R- A
No hay diferencias a los tres meses en la incidencia de partos con una duración de la segunda etapa mayor de dos horas, tasa de episiotomías, desgarros del esfínter anal, analgesia epidural, fórceps ni en el uso de oxitocina en la segunda etapa, entre mujeres a las que se les dirigió el pujo y mujeres con pujos espontáneos (aunque en el grupo de mujeres con pujo dirigido se observa una disminución en la capacidad vesical que causa urgencia urinaria). ⁷¹	E- 1b
En mujeres con analgesia epidural, se ha observado que el parto con pujos no dirigidos incrementa los partos vaginales, reduce los partos instrumentales y el tiempo de pujo. ⁷²	E- 1b

Prevención del trauma perineal

Se recomienda posibilitar la aplicación local de compresas calientes durante la 2ª etapa del trabajo de parto. ¹	R - A
No se recomienda la aplicación de anestésico local en <i>spray</i> como método para reducir el dolor perineal durante la segunda etapa del parto. ¹	R - A

No se recomienda la realización del masaje perineal durante la segunda etapa del parto. ⁸	R - A
Se recomienda la protección activa del periné mediante la técnica de deflexión controlada de la cabeza fetal. ¹	R - B

Episiotomía

No se recomienda practicar episiotomía de rutina en el parto espontáneo. ⁸	R - A
La episiotomía selectiva vs. la sistemática incrementa el número de mujeres con perineo intacto y el número de mujeres que reanudan la vida sexual al mes. Además disminuye la necesidad de reparación y sutura perineal, así como el número de mujeres con dolor al alta. ⁷³	E- 1a
Existe alta evidencia de que la utilización rutinaria de la episiotomía, comparada con la selectiva, no mejora los resultados perineales a corto y largo plazo en las mujeres. ^{74, 75}	E- 1a
Cuando se realiza una episiotomía, la técnica recomendada es la de episiotomía mediolateral, comenzándola en la comisura posterior de la vulva, dirigida habitualmente hacia el lado derecho en un ángulo entre 45 y 60 grados. ¹	R - D

Maniobra de Kristeller

No se recomienda realizar la maniobra de Kristeller en la segunda etapa del parto. ¹	R - A
La evidencia actual no muestra diferencias significativas en la duración promedio de la segunda etapa de trabajo de parto entre mujeres a las que se realizó la maniobra de Kristeller y las que no se les realizó; por tanto, no existe beneficio de realizarla; además existen algunas pruebas, aunque escasas, de que dicha maniobra es un factor de riesgo de morbilidad materna y fetal, por lo que se considera que su realización durante la segunda etapa del parto debe limitarse a los protocolos de investigación diseñados para evaluar su eficacia y seguridad para la madre y el feto. Se concluye que la maniobra de Kristeller es ineficaz en la reducción de la segunda etapa del trabajo de parto. ²	E- 1b

Método de sutura en la reparación perineal y/o episiotomía

Se recomienda la reparación perineal de los desgarros de segundo grado utilizando la técnica de sutura continua o discontinua. ⁸	R - A
Si después de la sutura muscular de un desgarro de segundo grado la piel está bien aproximada, no es necesario suturarla. Si la piel requiere aproximación se recomienda realizarla con una técnica continua o puntos discontinuos. ⁸	R - A
Se recomienda la utilización de sutura sintética reabsorbible para la reparación de la herida perineal. ¹	R - A

9.3 Tercera etapa (alumbramiento)

Duración del período del alumbramiento

La tercera etapa del trabajo de parto es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. Se considera prolongada si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato, con manejo activo (comprende la administración profiláctica de uterotónicos, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino tras la expulsión de la placenta). ¹	R - D
A partir de los 10 minutos de duración del alumbramiento, con manejo activo, el riesgo de hemorragia posparto aumenta progresivamente con la duración del mismo. ⁷⁶	E - 2a
Una duración superior a los 30 minutos tras un manejo activo del alumbramiento se asocia con un incremento significativo en la incidencia de hemorragias posparto. ⁷⁷	E - 3

Manejo del alumbramiento***

Se recomienda el manejo activo del alumbramiento con oxitocina IM 10 UI. ⁸	R - A
El manejo activo de la tercera etapa del parto disminuye el riesgo de hemorragia posparto (HPP) reduce la necesidad de administración de oxitócicos adicionales y acorta la duración de la tercera etapa del trabajo de parto.	E - 1a
Estos efectos también se observan con el uso exclusivo de oxitocina (sin ningún otro componente del manejo activo del alumbramiento). ^{78, 79}	R - ✓
No se observan diferencias entre el uso de oxitocina y el uso de derivados del cornezuelo de centeno/ergot en cuanto a la disminución de la HPP >500 ml. Se observó una disminución del riesgo de extracción manual de la placenta en el grupo de oxitocina en comparación con los derivados del ergot. ⁴⁸	
Las mujeres deben ser informadas (preferiblemente durante la gestación) de que el manejo activo de la tercera etapa del parto acorta su duración, disminuye el riesgo de hemorragia posparto y la necesidad de oxitocina terapéutica.	
*** El manejo activo del tercer periodo del parto reduce el riesgo de hemorragia posparto, pero si pese a realizar esta estrategia se presenta una hemorragia, se recomienda el uso de la GPC de <i>Hemorragia posparto</i> del MSP del Ecuador.	

9.4 Cuidados del RN

Se recomienda siempre informar al especialista en pediatría/neonatología responsable del servicio de atención en el primer y segundo nivel de que se está atendiendo un parto. De no contar con especialista en el momento de atención, se debe informar a la red de atención y considerar siempre la posibilidad de requerir una referencia oportuna.	R - ✓
Se recomienda que, en la sala de parto, se disponga de una cuna radiante precalentada, campos limpios precalentados para secar al RN y retirarlos inmediatamente después de usarlos. ^{1, 15}	R - B

Estimación de la edad gestacional (EG)

La fecha del último período menstrual (FUM) en una madre con ciclos regulares es el dato más certero para estimar la edad posconcepcional de un RN; en caso de fertilización asistida, la fecha en que se realizó el procedimiento. ^{80, 81, 82}	E-4
Se recomienda establecer la edad gestacional en relación a la ecografía realizada en el primer trimestre de embarazo, en caso de que la FUM no sea confiable. ⁸⁰⁻⁸²	R-D
El método de evaluación posnatal “New Ballard” ha sido ajustado para incluir prematuros y su validez y confiabilidad han sido adecuadamente estudiadas y su desempeño es aceptable. No hay comparaciones directas entre las escalas de Capurro y el Nuevo Ballard. ⁸³	E-2b
Se recomienda en RN el uso del método de Ballard modificado (“New Ballard”) para la estimación posnatal de la edad gestacional al nacer. ^{84, 85}	R-B
Se recomienda reevaluar la estimación de la edad gestacional a las 24 y 72 horas de vida, cuando esta no resulta coincidente con la EG obstétrica, y en los RN deprimidos al nacer dada la dificultad de la evaluación neuromuscular del RN en ciertos casos. ⁸⁵	R-D
El método de Capurro fue descrito en una comunicación breve en 1978, y no se ha encontrado ninguna evaluación sistemática de su validez o confiabilidad. ⁸⁶	E-4

Pinzamiento del cordón umbilical

Se recomienda el pinzamiento del cordón umbilical a partir del segundo minuto o tras el cese de su latido, lo que ocurra primero. ¹	R – B
El pinzamiento oportuno del cordón umbilical en neonatos a término, al menos dos minutos después del parto, no incrementa el riesgo de hemorragia posparto y mejoran los niveles de hierro en neonatos. ^{45, 46}	E- 1a
El pinzamiento temprano disminuye el número de neonatos con ictericia, medido por la necesidad de fototerapia. ⁴⁶	E- 1a

Contacto piel con piel

Se recomienda que las mujeres mantengan el contacto piel con piel con sus bebés inmediatamente después del nacimiento. ¹	R – A
El contacto piel con piel es beneficioso a corto plazo para mantener la temperatura y disminuir el llanto del niño, y a largo plazo para aumentar el tiempo de lactancia materna. ^{47, 87}	E- 1b
Puede realizarse contacto piel con piel sin restricciones y siempre que se garantice la vigilancia durante el procedimiento en los siguientes casos: 1. RN a término (o en el pretérmino tardío) 2. RN considerados adecuados para ello por el personal competente. Los procedimientos y las medidas médicas no urgentes no deben realizarse inmediatamente tras el parto, porque son maniobras demorables y que interfieren con el contacto piel con piel (véase anexo 6).	R – A

Lactancia materna

La iniciación de la lactancia materna debe ser alentada lo antes posible después del nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora y debe ser realizada por la enfermera capacitada. ¹	R - A
La mayoría de RN sanos a término presentan comportamientos espontáneos de alimentación en la primera hora de vida. ^{88, 89}	E- 1a
El contacto temprano piel con piel con succión se asocia con una mayor duración de la lactancia. ⁸⁷	E- 1b

Baño del RN⁸

No se recomienda el baño inmediato en el RN. ^{1, 89}	R - C
Se recomienda realizar el primer baño cuando la temperatura del RN se haya estabilizado (al menos después de las dos horas de nacido) realizando solamente el lavado de la cabeza, si la acumulación de sangre o secreciones lo amerita. ^{90, 91}	R - D
El baño de todo el cuerpo se considerará posterior a las 12 horas después del nacimiento o si la madre lo solicitare. ^{90, 91}	R - D
La evidencia hace hincapié en la necesidad de esperar para realizar el baño y de no interferir con el contacto piel con piel. ^{90, 91}	E - 3
Los RN a término y estables pueden recibir un baño con esponja; no es necesario realizar baño de inmersión. Se debe tener cuidado de no mojar el cordón umbilical. Realizar una higiene cuidadosa de oídos, orificios nasales y lugares de acumulación de sangre. ⁹²	E - 3
La piel cabelluda se limpia cuidadosamente, así como el exceso de sangre. ⁹²	E - 3
Puede limpiarse al bebé en caso de estar cubierto de sangre o líquido amniótico con un algodón impregnado con agua estéril y un jabón neutro no antiséptico. ⁹²	E - 3
En caso de fetidez o sospecha de amnioititis, realizar una higiene con jabón. ⁹⁰⁻⁹²	E - 3
Se recomienda no quitar el vernix de la piel, ya que este y el líquido amniótico protegen al RN contra la invasión bacteriana al nacimiento. ^{93, 94, 95}	R - C

Identificación del RN

La identificación del RN es responsabilidad de quien lo recibe y atiende. ^{90, 91}	R - ✓
Se recomienda identificar al RN con manilla de plástico o esparadrapo que llevará en su muñeca izquierda y tendrá impreso con tinta indeleble sin tachaduras o enmendaduras, al menos, los siguientes datos: ^{90, 91} 1. Nombres y apellidos completos de la madre. 2. Gemelo No. (en caso de gestaciones múltiples). 3. Número de la historia clínica. 4. Género con palabra completa: masculino, femenino o ambigüo. 5. Sala y número de la cama de la madre. 6. Fecha y hora del nacimiento (hora internacional, 0 a 24 horas).	R - ✓

La identificación deberá verificarse y confirmarse en las siguientes circunstancias: ^{90, 91} 1. Cambio de habitación o sala, aseo o separación del niño de su madre. 2. Antes de entregar el niño a su madre, antes y al momento del alta. 3. Antes de realizar cualquier procedimiento o examen. 4. Las identificaciones de la madre y de su hijo se mantendrán hasta después del alta.	R-✓
La manilla debe colocarse y verificarse en presencia de la madre o familiar. ^{90, 91}	R-✓
El diseño de la pulsera o manilla debe permitir que haya suficiente espacio para incluir toda la información necesaria. ^{90, 91}	R-✓
El cierre debe ser irreversible, solo extraíble e intercambiable al cortar y dañarla. ^{90, 91}	R-✓
Debe ser de un material, suave, blando y deformable pero resistente, inerte y que no genere reacción local ni heridas en la piel. ^{90, 91}	R-✓

Aspiración nasofaríngea y sondaje gástrico-rectal en el período neonatal

No se recomienda la aspiración sistemática orofaríngea ni nasofaríngea del RN. ⁸	R - A
Los RN a los que no se ha realizado aspiración presentan una frecuencia cardíaca menor a los 3-6 minutos, un menor tiempo para obtener niveles de Sat O ₂ >92% y mejores resultados en el Apgar a los 5 minutos. ⁹⁶	E - 1b
No se recomienda realizar el paso sistemático de sonda nasogástrica ni rectal para descartar atresias en el RN sano.	R-✓
Se debe confirmar visualmente en las primeras horas la presencia de ano y vigilar la eliminación de meconio durante la estancia en la maternidad. ⁹¹	R-✓
No se recomienda utilizar los termómetros de mercurio. El mercurio es un metal contaminante peligroso para el medio ambiente y tóxico para el RN. ⁹⁷	R - D
Se recomienda el uso de termómetros digitales. ⁹⁷	R - D
La región del cuerpo que más se aproxima a la temperatura interna o central es la axilar, sitio indicado para medir la temperatura en el RN. ⁹⁷	E - 4
La temperatura rectal quedaría restringida exclusivamente para casos de hipotermia moderada-grave. Puede conllevar riesgos como la perforación de recto (No fuerce la inserción e introduzca solo la ampolla) y la capacidad de propagar contaminantes que se encuentran en las heces. ⁹⁷	R - D
La temperatura timpánica no está indicada en el RN debido a la dificultad de lecturas por la posición del conducto auditivo externo. ⁹⁷	R - D

Reanimación neonatal**** (véase GPC de reanimación neonatal)

No se recomienda esperar a la valoración del APGAR para tomar decisiones en la reanimación neonatal. ⁹⁸	R-D
No se recomienda considerar el color como un parámetro válido para tomar decisiones en la reanimación inicial. ⁹⁸	R-B
Se recomienda seguir la secuencia de atención para el RN normal. ⁹⁸ (Véase anexo 5)	E-1b

Se ha demostrado que la evaluación clínica del color de la piel es un indicador muy pobre de la saturación de oxihemoglobina durante el período neonatal inmediato y que la falta de cianosis es un mal indicador del estado de oxigenación de un RN no comprometido después del nacimiento. Por lo tanto, el color no es un parámetro válido para tomar decisiones en la reanimación inicial. ⁹⁹	E - 1 b
Los estudios demuestran que el oxígeno en sangre en los RN sin problemas para la adaptación, generalmente no alcanzan valores extrauterinos hasta aproximadamente 10 minutos después del nacimiento. ^{100, 101, 102, 103}	E - 1 b
La saturación de oxihemoglobina normalmente permanece en el rango de 70% a 80% varios minutos después del nacimiento, lo que se manifiesta como cianosis durante ese tiempo. ¹⁰⁴ (Véase tabla 1)	E - 1 b
La cuidadosa administración de oxígeno durante la reanimación neonatal es importante, debido a que la evidencia indica que la oxigenación tanto insuficiente como excesiva puede ser perjudicial para el RN y que los resultados adversos se dan después de incluso una breve exposición al oxígeno en exceso durante y después de la reanimación. ⁹⁸	E - 1 b
No se recomienda utilizar oxígeno de rutina en los RN nacidos a término y sin dificultad para respirar. ⁹⁸⁻⁹⁹	R - B
Se recomienda en el RN a término que necesite presión positiva en la vía aérea iniciar la reanimación con aire ambiente (21% FiO ₂). ⁹⁹	R - B
Se recomienda en todo RN que requiere soporte con presión positiva en sala de partos, medir la oximetría de pulso en la extremidad superior derecha (preductal) y regular la FiO ₂ (con mezclador de aire y oxígeno). ⁹⁹	R - B
Se recomienda que se utilice la oximetría cuando sea posible anticipar la reanimación, cuando se administra presión positiva durante las primeras respiraciones, cuando la cianosis es persistente o cuando se administra oxígeno complementario. ⁹⁸	R - B
Se recomienda colocar el sensor en una ubicación preductal, para obtener un registro adecuado de la oximetría. ¹⁰⁵ (Véase tabla 2)	R - C
Se recomienda tener un oxímetro de pulso en todas las salas de parto, y debe ser individualizado para cada RN, si ingresa a observación, cuidados intermedios o intensivos. ⁹⁸	R - D
Se recomienda que, durante la reanimación, se disponga de una cuna radiante precalentada, campos limpios precalentados para secar al RN y retirarlos inmediatamente después de usarlos. ⁹⁸	R - B

**** De requerir reanimación neonatal en el RN prematuro, dirigirse a la GPC del RN prematuro del MSP del Ecuador.

**Tabla 1. SpO₂ esperables en un RN.¹⁰⁴
(Saturación preductal)**

(Normograma de Dawson)	
1 minuto	60% a 65%
2 minutos	65% a 70%
3 minutos	70% a 75%
4 minutos	75% a 80%
5 minutos	80% a 85%
10 minutos	85% a 95%

Tabla 2. Recomendación para obtener un registro adecuado en la colocación del oxímetro de pulso¹⁰⁵

1. Prenda el oxímetro de pulso sin conectar al sensor.
2. Coloque el sensor en la región hipotenar o en la muñeca de la mano derecha (saturación SpO ₂ preductal).
3. Conecte el sensor al oxímetro de pulso.

Prevención oftálmica y hemorrágica

Profilaxis oftálmica	
Se recomienda la realización de la profilaxis oftálmica en la atención rutinaria al RN. ⁸	R - B
La profilaxis oftálmica reduce de forma drástica la incidencia de oftalmía gonocócica y ceguera. ¹⁰⁶	E- 2b
Se recomienda colocar dosis única de pomada oftálmica de eritromicina al 0,5% o de tetraciclina al 1% para la profilaxis oftálmica del RN. La solución de nitrato de plata puede producir conjuntivitis química transitoria en el RN, por lo que debe evitarse. ¹⁰⁶	E- 2b
El tiempo de administración de profilaxis oftálmica puede ampliarse hasta las cuatro horas tras el nacimiento.	R-✓
Profilaxis de la enfermedad hemorrágica con vitamina K	
Se recomienda administrar la vitamina K en dosis única por vía IM (1 mg) ya que este es el método de administración que presenta mejores resultados clínicos para prevenir el síndrome de hemorragia por déficit de vitamina K. ⁸	R - A
Una inyección única de vitamina K previene la aparición de hemorragia por deficiencia de vitamina K clásica. ^{107, 108, 109}	E - 1b
No existe una relación directa entre el cáncer infantil y la profilaxis con vitamina K IM. ^{110, 111, 112}	E - 2a

9.5 Alta hospitalaria

La evidencia actual es insuficiente para respaldar la política de alta hospitalaria posnatal (AHT) temprana como práctica de rutina. ¹¹³	R - C
La Academia Americana de Pediatría (AAP) define como AHT aquella que se produce antes de las 48 horas después de un parto eutócico. ¹¹⁴	R - D
Se han referido efectos beneficiosos en relación con el AHT: aumento de la incidencia y duración de la lactancia materna, facilitación del establecimiento temprano del vínculo madre-hijo, mayor implicación del padre y otros familiares en los cuidados del RN, influencia positiva sobre el entorno familiar, percepción materna de autoconfianza y menor depresión. ¹¹⁵⁻¹¹⁹	E - 2b

En los servicios de salud que atienden partos se permitirá AHT antes de las 48 horas posteriores a un parto eutócico, de acuerdo a las indicaciones del personal de salud, en las siguientes condiciones:

a) Respecto a la madre:

1. Parto vaginal.
2. Capacidad de deambulación.
3. Alimentación oral tolerada.
4. Ausencia de fiebre o enfermedad.
5. No tener enfermedades asociadas al embarazo o agravadas por este.
6. Adecuada involución del útero y de la episiotomía si la hubiere.
7. Vivir en un centro urbano con fácil acceso a servicios de salud.

b) Respecto al RN:

1. Normalidad de signos vitales.
2. Exploración neonatal sistemática negativa.
3. Ausencia de enfermedad que requiera hospitalización.
4. Micción y emisión de meconio.
5. Lactancia materna adecuada.
6. Despistaje infeccioso negativo, si hubiese riesgo.
7. Extracción de muestra para hipotiroidismo congénito.
8. Se conoce HBsAg materno y el grupo sanguíneo ABO, Rh y Coombs directo del RN, y demás indicaciones del pediatra.

R-✓

10. Glosario de términos¹

Acompañamiento: presencia de la persona elegida por la mujer durante todo el proceso de parto y nacimiento desde el ingreso en servicio de atención (familiar, cónyuge, persona de confianza).¹

Amnioscopia: observación directa del color y cantidad del líquido amniótico por medio del amnioscopio.¹

Auscultación intermitente: auscultación de la frecuencia cardíaca fetal por cualquier medio: estetoscopio, campana de Pinard o mediante Doppler, durante un minuto después de una contracción, cada 15-30 minutos durante la fase activa de la primera etapa del parto y cada 5-15 minutos en la segunda etapa del parto.

Bebidas isotónicas: bebidas con gran capacidad de rehidratación. Incluyen en su composición bajas dosis de sodio, normalmente en forma de cloruro de sodio o bicarbonato sódico, azúcar o glucosa y, habitualmente, potasio y otros minerales.

Categorización: procedimiento de clasificación de los registros cardiotocográficos que permiten establecer riesgo de bienestar fetal.

Cetosis: situación metabólica del organismo originada por un déficit en el aporte de carbohidratos, lo que induce el catabolismo de las grasas, a fin de obtener energía, generando unos compuestos denominados cuerpos cetónicos.

Decisión informada: es la capacidad de decidir sobre un procedimiento o acción terapéutica después de haber recibido una información veraz y comprensible.

Dehiscencia: separación de los bordes de una herida quirúrgica suturada en más de 0,5 cm.

Desgarro perineal grado I: desgarro que afecta a la horquilla perineal, la piel perineal y la mucosa vaginal.

Desgarro perineal grado II: afecta, además de lo descrito anteriormente, a la piel y la mucosa, la aponeurosis y los músculos del periné, sin llegar al esfínter anal.

Desgarro perineal grado III: se extiende a todo lo anterior y al esfínter rectal.

Desgarro perineal grado IV: incluye extensión a mucosa rectal, y llega a dejar descubierta la luz del recto.

Distocia: parto o alumbramiento que procede de manera anormal o difícil.

Dispareunia: la dispareunia o coitalgia es la relación sexual dolorosa. Abarca desde la irritación vaginal poscoital hasta un profundo dolor. Se define como dolor o molestia antes, después o durante la relación sexual. El dolor en las mujeres puede implicar ardor, quemadura, contracción o dolor cortante, que puede localizarse en la parte interior o exterior de la vagina, en la región pélvica o en el abdomen.

Distrés respiratorio: situación de inestabilidad respiratoria que ocasione necesidad de vigilancia especial, monitorización, oxigenoterapia o ingreso para observación o tratamiento.

Enfermedad hemorrágica precoz por déficit de vitamina K: abarca los 15 primeros días de vida.

Enfermedad hemorrágica tardía por déficit de vitamina K: comprende desde las dos semanas hasta 2-3 meses y se refiere a sujetos, por lo demás, sanos.

Episiotomía: realización de una incisión quirúrgica en la zona del periné femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal «blando» para del parto y debe realizarse de forma selectiva y no en todos los casos.

Estimulación de la calota fetal: técnica mediante la cual se procede a la estimulación fetal mediante la presión sobre la calota fetal durante un tacto vaginal o por punción de la calota fetal. Se considera que el test es negativo si se produce, al menos, una aceleración de la FCF de al menos 15 latidos por minuto y 15 segundos de duración. El test positivo se define como ausencia de aceleración de la FCF o aceleración de menos de 15 latidos por minuto o menos de 15 segundos de duración.

Líquidos claros: agua, zumos de frutas sin pulpa, café y té sin leche, bebidas energéticas.

Litotomía: posición en la que la mujer es colocada en decúbito supino con las caderas y rodillas flexionadas y los muslos en abducción y rotación externa.

Manejo activo del alumbramiento: comprende la administración profiláctica de uterotónicos, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino tras la expulsión de la placenta.

Manejo fisiológico del alumbramiento: manejo del alumbramiento sin administración de uterotónicos y expulsión de la placenta por la gravedad y el pujo materno.

Maniobra de Kristeller: consiste en presionar el fondo del útero durante cinco a ocho segundos, sincrónicamente con la contracción uterina, con una pausa de 0,5 a 3 minutos, con el fin de facilitar el avance final y la expulsión de la cabeza fetal.

Masaje perineal: movimiento de vaivén acompañado de presión sobre la horquilla vulvar.

Monitoreo fetal intermitente electrónico continuo: registro cardiotocográfico de la frecuencia cardíaca fetal por un período de 15-30 minutos cada dos horas con auscultación intermitente cada 15-30 minutos entre los períodos de monitorización electrónica.

Nulípara: mujer que no ha presentado un parto vaginal previo.

Partograma: representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados con el curso del trabajo de parto. La línea de acción se dibuja a la derecha de la línea que muestra el progreso de la dilatación cervical, a un ritmo de 1 cm por hora. Una línea de acción de 2 horas está desplazada 2 horas a la derecha de la línea de progreso y, si el progreso se realiza de manera que la línea cruza la línea de acción, se establece el diagnóstico de retardo de la dilatación.

Profilaxis neonatal con vitamina K: administración profiláctica de vitamina K después del nacimiento para la prevención de la enfermedad hemorrágica del recién nacido.

Pujo: se refiere a la contracción de los músculos de la prensa abdominal desencadenado por la presión de la presentación sobre la ampolla rectal y se suma a la que realiza el músculo uterino al contraerse para que esta sea más efectiva.

Pujos dirigidos: dirigir la intensidad y el tiempo del pujo desde la aparición espontánea de la contracción; es una práctica que no se recomienda de forma habitual.

Pujos espontáneos: instintivos de forma fisiológica y son los que se presentan en el expulsivo.

Rasurado perineal: práctica de eliminar el vello del periné usando una cuchilla.

Retraso diagnóstico: posibilidad de que pase desapercibida una atresia (rectal o esofágica) produciéndose un retraso indebido en su tratamiento.

Síndrome de Mendelson: neumonía ocasionada por la aspiración de jugo gástrico que cuando entra en contacto con los pulmones ocasiona alteraciones muy graves (necrosis, edema agudo, sobreinfección, etc.).

11. Abreviaturas

AFI:	auscultación fetal intermitente
AGREE:	Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe
AHT:	alta hospitalaria temprana
AAP:	Asociación Americana de Pediatría
CTG:	cardiotocografía
DE:	desviación estandar
DMP:	diferencia de medias ponderadas
DNN:	Dirección Nacional de Normatización
ECA:	ensayo clínico aleatorizado
ECC:	ensayo clínico controlado
EEC:	espinal-epidural combinada
EG:	edad gestacional
FCF:	frecuencia cardíaca fetal
FUM:	fecha de la última menstruación

GPC:	guía de práctica clínica
HPP:	hemorragia posparto
IC:	intervalo de confianza
IM:	intramuscular
IV:	intravenoso
LS:	límite superior
MAIS:	Modelo de Atención Integral de Salud
MEF:	monitorización electrónica fetal
MEFC:	monitorización electrónica fetal continua
MEFI:	monitorización electrónica fetal intermitente
MSP:	Ministerio de Salud Pública
NE:	nivel de evidencia
NHS:	National Health Service
NICE:	National Institute for Health and Clinical Excellence
PICO:	paciente/intervención/comparación/ <i>outcome</i> o resultado
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OR:	<i>odds ratios</i>
RCTG:	registro cardiotocográfico
RN:	recién nacido
RR:	riesgo relativo=razón de riesgo
RS:	revisión sistemática
RS-MA:	revisión sistemática-metaanálisis
SIGN:	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SNS:	Sistema Nacional de Salud
SPSS:	Statistical Package for the Social Sciences
UCI:	Unidad de Cuidados Intensivos
UNFPA:	Fondo de Población de las Naciones Unidas

12. Referencias

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). País Vasco; 2010.
2. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica.

- Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS; 1996.
3. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de la salud de las mujeres y los niños 2010. Ginebra: OMS; 2010.
 4. Instituto Nacional de estadísticas y censo (INEC). Estadísticas vitales. Disponible en www.ecuadorencifras.gob.ec
 5. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva No. 348 Mayo 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
 6. Bueno de Mesquita J, Kismödi E. Maternal mortality and human rights: landmark decision by United Nations human rights body. Bull World Health Organ. 2012 Feb 1; 90 (2): 79A.
 7. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud Objetivos del desarrollo del milenio. Disponible en www.who.int/topics/millennium_development_goals.
 8. Ministerio de Salud Pública. Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud. Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, MSP, 1ª Edición. Quito: MSP; 2014.
 9. Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto. México: Secretaría de Salud; 2014.
 10. López-Morales A, Torres-Arreola L, *et al.* Desarrollo de guías de práctica clínica de enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social: Editorial. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2013; 21 (3): 121-128.
 11. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 70, December 2005 (Replaces Practice Bulletin Number 62, May 2005). Intrapartum fetal heart rate monitoring. Obstet Gynecol. 2005 Dec; 106 (6): 1453-60.
 12. Organización Mundial de la Salud: Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto. Lancet 1985; 2: 436-437.

13. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Oct 8; (4): CD004667.
14. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul 18; (3): CD003766. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; (2): CD003766.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG. Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologist. Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery. Agosto 2010 reaffirmed 2013; No. 115.
16. Grupo de trabajo. Maternidades Hospitalarias. Estándares y Recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
17. Bailit JL, Dierker L, Blanchard MH, Mercer BM. Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. *Obstet Gynecol.* 2005 Jan; 105 (1): 77-9.
18. Kilpatrick SJ, Laros RK Jr. Characteristics of normal labor. *Obstet Gynecol.* 1989 Jul; 74 (1): 85-7.
19. Bix E, Reiner LM, Klovning A, Oian P. Prognostic value of the labour admission test and its effectiveness compared with auscultation only: a systematic review. *BJOG.* 2005 Dec;112 (12): 1595-604.
20. Gross MM, Drobic S, Keirse MJ. Influence of fixed and time-dependent factors on duration of normal first stage labor. *Birth.* 2005 Mar; 32 (1): 27-33.
21. Albers LL, Schiff M, Gorwoda JG. The length of active labor in normal pregnancies. *Obstet Gynecol.* 1996 Mar; 87 (3): 355-9.
22. Lavender T, Hart A, Walkinshaw S, Campbell E, Alfrevic Z. Progress of first stage of labour for multiparous women: an observational study. *BJOG.* 2005 Dec; 112 (12): 1663-5.
23. Ryan MA, Christian RS, Wohlrabe J. Handwashing and respiratory illness among young adults in military training. *Am J Prev Med.* 2001 Aug; 21 (2): 79-83.

24. Organización Mundial de la Salud. Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. Ginebra: OMS; 2009
25. Fendler EJ, Ali Y, Hammond BS, Lyons MK, Kelley MB, Vowell NA. The impact of alcohol hand sanitizer use on infection rates in an extended care facility. *Am J Infect Control*. 2002 Jun; 30 (4): 226-33.
26. Pratt RJ, Pellowe C, Loveday HP, Robinson N, epic phase 1. The Development of National Evidence-based Guidelines for Preventing Hospital-acquired Infections in England-Standard Principles: Technical Report. London: Thames Valley University 2000.
27. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 106: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. *Obstet Gynecol*. 2009 Jul; 114 (1): 192-202.
28. O'Sullivan G, Liu B, Hart D, Seed P, Shennan A. Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomised controlled trial. *BMJ*. 2009 Mar 24; 338: b784.
29. Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jan 20; (1): CD003930.
30. Caravaca E, Martínez M, Casajoana M, Lorente I. Hidratación y alimentación durante el trabajo de parto. «Revisión de la evidencia científica». *Matronas Prof*. 2009; 10 (1): 10-13.
31. American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. Practice guidelines for obstetric anesthesia: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology*. 2007 Apr; 106 (4): 843-63.
32. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Oct 17; (4): CD000330.
33. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Nov 14; 11: CD001236.
34. Makuch MY. Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de febrero de 2010). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

35. Bloom SL, McIntire DD, Kelly MA, Beimer HL, Burpo RH, Garcia MA, et al. Lack of effect of walking on labor and delivery. *N Engl J Med*. 1998 Jul 9; 339 (2): 76-9.
36. MacLennan AH, Crowther C, Derham R. Does the option to ambulate during spontaneous labour confer any advantage or disadvantage? *J Matern Fetal Investig* 1994; 31: 43-8.
37. Molina FJ, Solá PA, López E, Pires C. Pain in the first stage of labor: relationship with the patient's position. *J Pain Symptom Manage*. 1997 Feb; 13 (2): 98-103.
38. Andrews CM, Chrzanowski M. Maternal position, labor, and comfort. *Appl Nurs Res*. 1990 Feb; 3 (1): 7-13.
39. Roberts CL, Algert CS, Olive E. Impact of first-stage ambulation on mode of delivery among women with epidural analgesia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2004 Dec; 44 (6): 489-94.
40. Souza JP, Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Maternal position during the first stage of labor: a systematic review. *Reprod Health*. 2006 Nov 30; 3: 10.
41. World Health Organization partograph in management of labour. World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood Programme. *Lancet*. 1994 Jun 4; 343 (8910): 1399-404.
42. Lavender T, Alfievic Z, Walkinshaw S. Effect of different partogram action lines on birth outcomes: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2006 Aug; 108 (2): 295-302.
43. Lavender T, Alfievic Z, Walkinshaw S. Partogram action line study: a randomised trial. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998 Sep; 105 (9): 976-80.
44. Gülmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandins for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18; (3): CD000494.
45. Hutton EK, Hassan ES. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *JAMA*. 2007 Mar 21; 297 (11): 1241-52.
46. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jul 11; 7: CD004074.

47. Mercer JS, Erickson-Owens DA, Graves B, Haley MM. Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. *J Midwifery Womens Health*. 2007 May-Jun; 52 (3): 262-72.
48. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). *Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth*. London: RCOG Press; 2007 Sep.
49. Cammu H, Van Eeckhout E. A randomised controlled trial of early versus delayed use of amniotomy and oxytocin infusion in nulliparous labour. *Br J Obstet Gynaecol*. 1996 Apr; 103 (4): 313-8.
50. López-Zeno JA, Peaceman AM, Adashek JA, Socol ML. A controlled trial of a program for the active management of labor. *N Engl J Med*. 1992 Feb 13; 326 (7): 450-4.
51. Smyth RM, Alldred SK, Markham C. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Oct 17; (4): CD006167.
52. Blanch G, Lavender T, Walkinshaw S, Alfirevic Z. Dysfunctional labour: a randomised trial. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998 Jan; 105 (1): 117-20.
53. Mori R, Tokumasu H, Pledge D, Kenyon S. High dose versus low dose oxytocin for augmentation of delayed labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Oct 5; (10): CD007201.
54. Bidgood KA, Steer PJ. A randomized control study of oxytocin augmentation of labour. 1. Obstetric outcome. *Br J Obstet Gynaecol*. 1987 Jun; 94 (6): 512-7.
55. Xenakis EM, Langer O, Piper JM, Conway D, Berkus MD. Low-dose versus high-dose oxytocin augmentation of labor--a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol*. 1995 Dec; 173 (6): 1874-8.
56. Jamal A, Kalantari R. High and low dose oxytocin in augmentation of labor. *Int J Gynaecol Obstet*. 2004 Oct; 87 (1): 6-8.
57. Merrill DC, Zlatnik FJ. Randomized, double-masked comparison of oxytocin dosage in induction and augmentation of labor. *Obstet Gynecol*. 1999 Sep; 94 (3): 455-63.
58. Sprague AE, Oppenheimer L, McCabe L, Brownlee J, Graham ID, Davies B; et al. The Ottawa Hospital's Clinical Practice Guideline for the Second Stage of Labour. *J Obstet Gynaecol Can*. 2006 Sep; 28 (9): 769-79.

59. Allen VM, Baskett TF, O'Connell CM, McKeen D, Allen AC. Maternal and perinatal outcomes with increasing duration of the second stage of labor. *Obstet Gynecol.* 2009 Jun; 113 (6): 1248-58.
60. Saunders NS, Paterson CM, Wadsworth J. Neonatal and maternal morbidity in relation to the length of the second stage of labour. *Br J Obstet Gynaecol.* 1992 May; 99 (5): 381-5.
61. Paterson CM, Saunders NS, Wadsworth J. The characteristics of the second stage of labour in 25,069 singleton deliveries in the North West Thames Health Region, 1988. *Br J Obstet Gynaecol.* 1992 May; 99 (5): 377-80.
62. Moon JM, Smith CV, Rayburn WF. Perinatal outcome after a prolonged second stage of labor. *J Reprod Med.* 1990 Mar; 35 (3): 229-31.
63. Van Kessel K, Reed S, Newton K, Meier A, Lentz G. The second stage of labor and stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 2001 Jun; 184 (7): 1571-5.
64. Clark L, Smith W, Young L. Protective clothing: principles and guidance. London: ICNA; 2002.
65. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 May 16; 5: CD002006
66. Stremler R, Hodnett E, Petryshen P, Stevens B, Weston J, Willan AR. Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor. *Birth.* 2005 Dec; 32 (4): 243-51.
67. Ragnar I, Altman D, Tydén T, Olsson SE. Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions--a randomised controlled trial. *BJOG.* 2006 Feb; 113 (2): 165-70.
68. Roberts CL, Algert CS, Cameron CA, Torvaldsen S. A meta-analysis of upright positions in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural analgesia. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005 Aug; 84 (8): 794-8.
69. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. *J Midwifery Womens Health.* 2005 Sep-Oct; 50 (5): 365-72.

70. Schaffer JI, Bloom SL, Casey BM, McIntire DD, Nihira MA, Leveno KJ. A randomized trial of the effects of coached vs. uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 May; 192 (5): 1692-6.
71. Brancato RM, Church S, Stone PW. A meta-analysis of passive descent versus immediate pushing in nulliparous women with epidural analgesia in the second stage of labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008 Jan-Feb; 37 (1): 4-12.
72. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J Jr, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA.* 2005 May 4; 293 (17): 2141-8.
73. Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004 Apr; 83 (4): 364-8.
74. Carroli G, Belizan J, Stamp G. Episiotomy for vaginal birth. *Birth.* 1999 Dec; 26 (4): 263.
75. Magann EF, Evans S, Chauhan SP, Lanneau G, Fisk AD, Morrison JC. The length of the third stage of labor and the risk of postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2005 Feb; 105 (2): 290-3.
76. Combs CA, Laros RK Jr. Prolonged third stage of labor: morbidity and risk factors. *Obstet Gynecol.* 1991 Jun; 77 (6): 863-7.
77. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; (3): CD000007.
78. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001; (4): CD001808.
79. Mongelli M, Wilcox M, Gardosi J. Estimating the date of confinement: ultrasonographic biometry versus certain menstrual dates. *Am J Obstet Gynecol.* 1996 Jan; 174 (1 Pt 1): 278-81.
80. Savitz DA, Terry JW Jr, Dole N, Thorp JM Jr, Siega-Riz AM, Herring AH. Comparison of pregnancy dating by last menstrual period, ultrasound scanning, and their combination. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 Dec; 187 (6): 1660-6.

81. Olsen ØE, Lie RT, Rosendahl K. Ultrasound estimates of gestational age among perinatally demised: a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004 Feb; 83 (2): 149-54.
82. Alexander GR, de Caunes F, Hulseley TC, Tompkins ME, Allen M. Validity of postnatal assessments of gestational age: a comparison of the method of Ballard et al. and early ultrasonography. *Am J Obstet Gynecol*. 1992 Mar; 166 (3): 891-5.
83. Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, Wang L, Eilers-Walsman BL, Lipp R. New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. *J Pediatr*. 1991 Sep; 119 (3): 417-23.
84. Sasidharan K, Dutta S, Narang A. Validity of New Ballard Score until 7th day of postnatal life in moderately preterm neonates. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2009 Jan; 94 (1): F39-44.
85. Capurro H, Konichezky S, Fonseca D, Caldeyro-Barcia R. A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. *J Pediatr*. 1978 Jul; 93 (1): 120-2.
86. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18; (3): CD003519.
87. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003; (2): CD003519.
88. Organización Panamericana de la Salud. AIEPI Neonatal: Intervenciones basadas en evidencia. Washington: OPS; 2009.
89. Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. Guía de práctica clínica del recién nacido sano. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013 abril.
90. Peña A, Bravo T, Carvajal F. et al. Guías de tratamiento unidad cuidados intensivos neonatal. Hospital San Juan de Dios de la Serena; 2012.
91. Walker VP, Akinbi HT, Meinzen-Derr J, Narendran V, Visscher M, Hoath SB. Host defense proteins on the surface of neonatal skin: implications for innate immunity. *J Pediatr*. 2008 Jun; 152 (6): 777-81.

92. Yoshio H, Tollin M, Gudmundsson GH, Lagercrantz H, Jornvall H, Marchini G, et al. Antimicrobial polypeptides of human vernix caseosa and amniotic fluid: implications for newborn innate defense. *Pediatr Res*. 2003 Feb; 53 (2): 211-6.
93. Akinbi HT, Narendran V, Pass AK, Markart P, Hoath SB. Host defense proteins in vernix caseosa and amniotic fluid. *Am J Obstet Gynecol*. 2004 Dec; 191 (6): 2090-6.
94. Tollin M, Bergsson G, Kai-Larsen Y, Lengqvist J, Sjövall J, Griffiths W, et al. Vernix caseosa as a multi-component defence system based on polypeptides, lipids and their interactions. *Cell Mol Life Sci*. 2005 Oct; 62 (19-20): 2390-9.
95. Gungor S, Teksoz E, Ceyhan T, Kurt E, Goktolga U, Baser I. Oronasopharyngeal suction versus no suction in normal, term and vaginally born infants: a prospective randomised controlled trial. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2005 Oct; 45 (5): 453-6.
96. Quiroga A, Chattas G, Gil, A, Ramírez M, Monte MT, Iglesias A, et al. Guía de práctica clínica de termorregulación en el recién nacido. Capítulo de enfermería de SIBEN; 2010
97. Kattwinkel J, Perlman JM, Aziz K, Colby C, Fairchild K, Gallagher J, et al. Neonatal resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Pediatrics*. 2010 Nov; 126 (5): e1400-13.
98. Saugstad OD, Ramji S, Soll RF, Vento M. Resuscitation of newborn infants with 21% or 100% oxygen: an updated systematic review and meta-analysis. *Neonatology*. 2008; 94 (3): 176-82.
99. Toth B, Becker A, Seelbach-Göbel B. Oxygen saturation in healthy newborn infants immediately after birth measured by pulse oximetry. *Arch Gynecol Obstet*. 2002 Apr; 266 (2): 105-7.
100. Gonzales GF, Salirrosas A. Arterial oxygen saturation in healthy newborns delivered at term in Cerro de Pasco (4340 m) and Lima (150 m). *Reprod Biol Endocrinol*. 2005 Sep 12; 3: 46.
101. Altuncu E, Ozek E, Bilgen H, Topuzoglu A, Kavuncuoglu S. Percentiles of oxygen saturations in healthy term newborns in the first minutes of life. *Eur J Pediatr*. 2008 Jun; 167 (6): 687-8.

102. Kamlin CO, O'Donnell CP, Davis PG, Morley CJ. Oxygen saturation in healthy infants immediately after birth. *J Pediatr*. 2006 May; 148 (5): 585-9.
103. Dawson JA, Kamlin CO, Vento M, Wong C, Cole TJ, Donath SM, et al. Defining the reference range for oxygen saturation for infants after birth. *Pediatrics*. 2010 Jun; 125 (6): e1340-7.
104. O'Donnell CP, Kamlin CO, Davis PG, Morley CJ. Feasibility of and delay in obtaining pulse oximetry during neonatal resuscitation. *J Pediatr*. 2005 Nov; 147 (5): 698-9.
105. Periodic health examination, 1992 update: 4. Prophylaxis for gonococcal and chlamydial ophthalmia neonatorum. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *CMAJ*. 1992 Nov 15; 147 (10): 1449-54.
106. Puckett RM, Offringa M. Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (4): CD002776.
107. Sutherland JM, Glueck HI, Gleser G. Hemorrhagic disease of the newborn. Breast feeding as a necessary factor in the pathogenesis. *Am J Dis Child*. 1967 May; 113 (5): 524-33.
108. Vietti TJ, Murphy TP, James JA, Pritchard JA. Observations on the prophylactic use of vitamin K in the newborn infant. *J Pediatr*. 1960 Mar; 56: 343-6.
109. Department of Health. Vitamin K for newborn babies, PL/CMO/98/3. London: Department of Health; 1998.
110. Roman E, Fear NT, Ansell P, Bull D, Draper G, McKinney P, et al. Vitamin K and childhood cancer: analysis of individual patient data from six case-control studies. *Br J Cancer*. 2002 Jan 7; 86 (1): 63-9.
111. Fear NT, Roman E, Ansell P, Simpson J, Day N, Eden OB; United Kingdom Childhood Cancer Study. Vitamin K and childhood cancer: a report from the United Kingdom Childhood Cancer Study. *Br J Cancer*. 2003 Oct 6; 89 (7): 1228-31.
112. Nardin JM, Mignini L. Alta hospitalaria postnatal temprana para madres sanas y recién nacidos a término: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de octubre de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

113. Committee on fetus and newborn: Estancia en el hospital de los recién nacidos a término sanos. *Pediatrics* (ed. español) 1995; 40:264-266.
114. Arborelius E, Lindell D. Psychological aspects of early and late discharge after hospital delivery. An interview study of 44 families. *Scand J Soc Med*. 1989; 17 (1): 103-7.
115. Conrad PD, Wilkening RB, Rosenberg AA. Safety of newborn discharge in less than 36 hours in an indigent population. *Am J Dis Child*. 1989 Jan; 143 (1): 98-101.
116. Waldenström U. Early and late discharge after hospital birth: father's involvement in infant care. *Early Hum Dev*. 1988 May; 17 (1): 19-28.
117. Soskolne EI, Schumacher R, Fyock C, Young ML, Schork A. The effect of early discharge and other factors on readmission rates of newborns. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996 Apr; 150 (4): 373-9.
118. Waldenström U, Sundelin C, Lindmark G. Early and late discharge after hospital birth: breastfeeding. *Acta Paediatr Scand*. 1987 Sep; 76 (5): 727-32.

13. Anexos

Anexo 1. Nivel de evidencia y grados de recomendación

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. La MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales.

Existen diferentes formas de gradar la evidencia en función del rigor científico del diseño de los estudios y pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria. Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

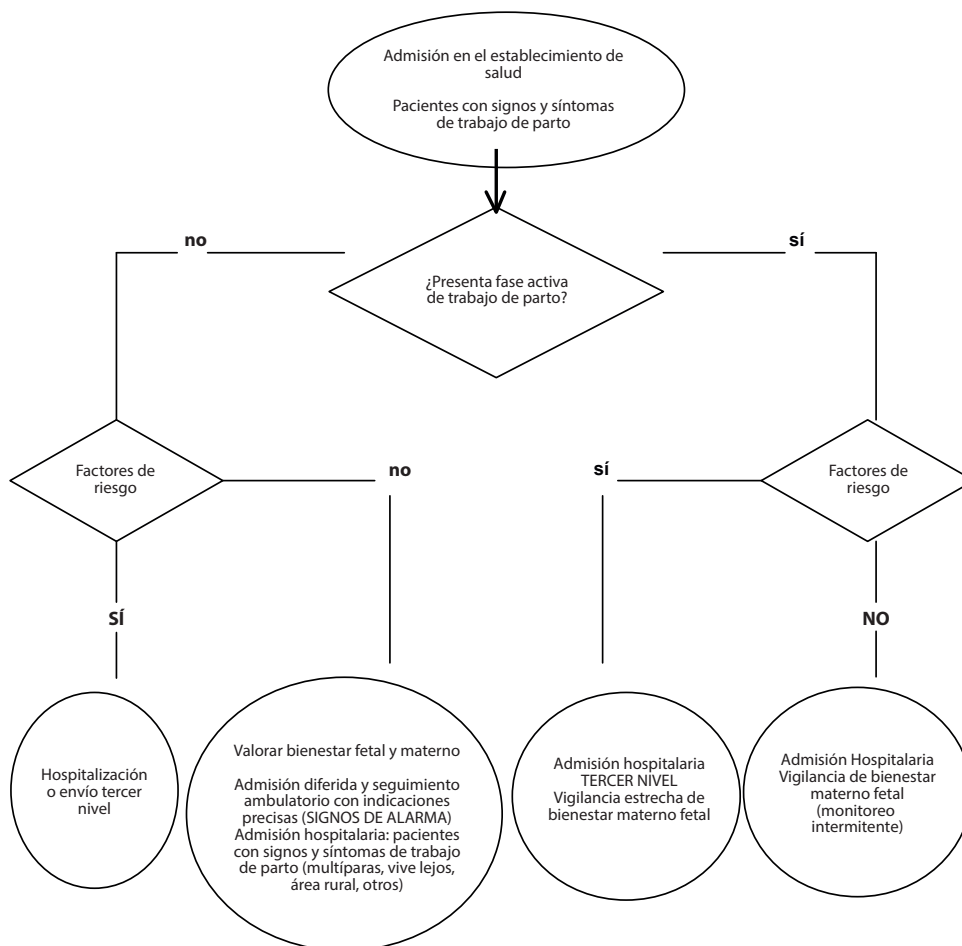
La Escala Modificada de Shekelle y colaboradores clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números de 1 a 4 y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría	Calidad de la evidencia
1 a	Evidencia para metaanálisis de los estudios clínicos aleatorios
1 b	Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio
2 a	Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad
2 b	Al menos otro tipo de estudio cuasi experimental o estudios de cohorte
3	Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas
4	Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas
Categoría	Fuerza de la recomendación
A	Directamente basada en evidencia categoría 1
B	Directamente basada en evidencia categoría 2 o recomendaciones extrapoladas de evidencia 1
C	Directamente basada en evidencia categoría 3 o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías 1 o 2
D	Directamente basadas en evidencia categoría 4 o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías 2 y 3

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3: 18: 593-59

Anexo 2.

Algoritmo de la valoración inicial en la admisión para el trabajo de parto



Fuente: Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto. México: Secretaría de Salud; 2014.
Modificado: Autores

Anexo 3.

Técnica de la auscultación fetal intermitente (AFI)

Antes de iniciar cualquier método de monitorización fetal, la mujer debe ser informada de los beneficios y riesgos de cada una de las técnicas.

1. La auscultación puede realizarse tanto con ultrasonido Doppler (*preferible porque de esa manera la madre escucha y se informa*) como con estetoscopio o campana de Pinard.
2. Se recomienda una auscultación cardíaca fetal en la primera evaluación del parto y posteriormente tras cada examen encaminado a determinar si el trabajo de parto se ha establecido.
3. Durante la fase activa del parto, la auscultación intermitente se realiza como se detalla:
4. El corazón fetal se debe auscultar al menos cada 15-30 minutos durante el período de dilatación y al menos cada 5-15 minutos en el período expulsivo.
 - a. La auscultación se llevará a cabo durante 30-60 segundos, como mínimo, después de una contracción.
 - b. El pulso materno también debe ser conocido para diferenciar entre el ritmo materno y el latido cardíaco fetal.
 - c. En el partograma debe registrarse la hora en que se realizó la auscultación, el latido fetal, la presencia o ausencia de aceleraciones y desaceleraciones y la duración de la auscultación.

Fuente: ACOG Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists. Replaces Practice Bulletin Number 70, December 2005; Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, and General Management Principles NUMBER 106; 2009 July.

Anexo 4.

Registro y clasificación de la monitorización electrónica fetal continua

1. El monitor debe tener correctamente establecida la fecha y la hora.
2. El registro debe estar correctamente identificado con el nombre de la mujer y la fecha.
3. Cualquier acontecimiento intraparto que pueda afectar a la FCF debe ser anotado, en ese momento, sobre el registro, debiéndose anotar la fecha y la hora en que sucede además de la firma (por ejemplo, tacto vaginal, microtoma o posición sentada para la epidural).
4. Cualquier miembro del personal a quien se le pida que proporcione una opinión acerca de un registro, debe anotar sus conclusiones sobre el registro así como en la historia, junto con la fecha, hora y firma.
5. Después del nacimiento se anotará en el registro la fecha, hora y tipo de parto.

Fuente: ACOG Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists. Replaces Practice Bulletin Number 70, December 2005; Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, and General Management Principles NUMBER 106; 2009 July.

Clasificación de la MFEc en función de la frecuencia cardíaca fetal del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACCOG)

Categoría 1	Categoría 2	Categoría 3
Los trazados de FCF de categoría I son normales. Son firmemente predictivos de estado ácido-base fetal normal en el momento de la observación. No precisan controles especiales y basta con observación rutinaria. La categoría I de trazados de FCF incluye todo lo siguiente: 1. Línea de base: 110-160 lpm 2. Variabilidad de la FCF de la línea de base: moderada 3. Desaceleraciones tardías o variables: ausentes 4. Desaceleraciones precoces: presentes o ausentes 5. Aceleraciones: presentes o ausentes	Los trazados de FCF de categoría II son indeterminados. No son predictivos de estado ácido-base fetal anormal; actualmente aún no hay adecuada evidencia para clasificarlos como categoría I o categoría III. Estos trazados exigen evaluación y vigilancia continuada, tomando en consideración las circunstancias clínicas asociadas. Se incluyen todos los trazados no incluidos en categoría I o categoría III. Representan una cantidad apreciable de los trazados hallados en la clínica. Incluye cualquiera de los siguientes trazados: 1. Línea de base: • Bradicardia no acompañada de ausencia de variabilidad. • Taquicardia. • Variabilidad de la FCF de la línea de base. 2. Variabilidad mínima: • Ausencia de variabilidad no acompañada de deceleraciones recurrentes. • Variabilidad marcada. 3. Aceleraciones: • Ausencia de aceleraciones inducidas tras estimulación fetal. 4. Desaceleraciones periódicas o episódicas • Desaceleraciones variables recurrentes acompañadas de variabilidad de la línea de base mínima o moderada. • Desaceleración prolongada (≥ 2 minutos pero < 10 minutos). • Desaceleraciones tardías recurrentes con variabilidad moderada de la línea de base. • Desaceleraciones variables con "otras características", como retorno lento a la línea de base, aceleraciones pre y posdeceleración, y aceleración prolongada posdeceleración.	Los trazados de categoría III son anormales. Son predictivos de estado ácido-base fetal anormal en el momento de la observación. Exigen evaluación rápida. Dependiendo de la situación clínica, los esfuerzos por resolver el patrón anormal de FCF pueden incluir, pero no únicamente, administración de oxígeno a la madre, cambio de posición materna, suspensión de la estimulación y tratamiento de la hipotensión materna. La categoría III incluye cualquiera de los trazados siguientes: 1. Ausencia de variabilidad de la línea de base y cualquiera de los siguiente: 2. Desaceleraciones tardías recurrentes. 3. Desaceleraciones variables recurrentes. 4. Bradicardia. 5. Patrón sinusoidal.

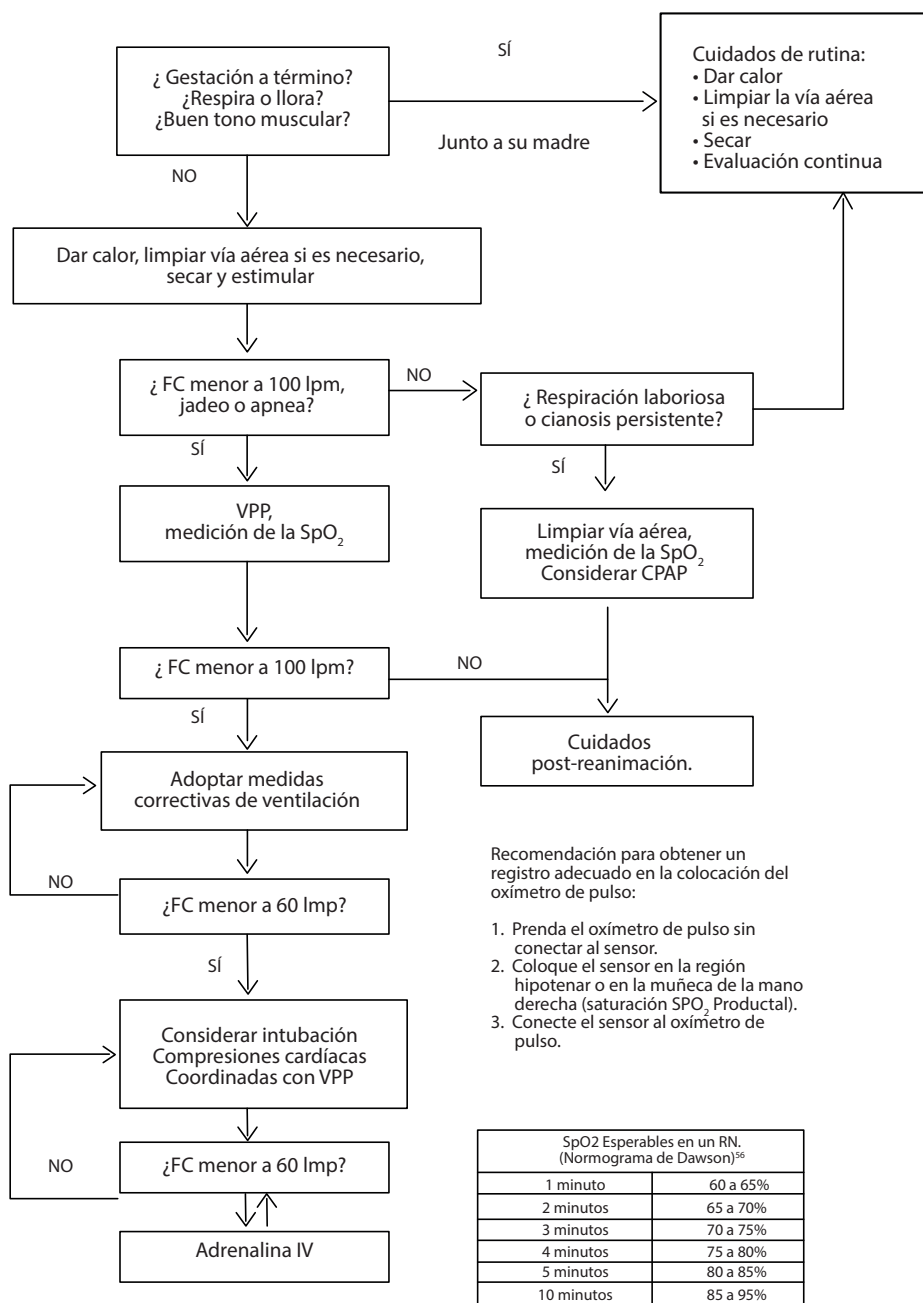
Fuente: ACOG Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists. Replaces Practice Bulletin Number 70, December 2005; Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, and General Management Principles NUMBER 106; 2009 July.

En presencia de patrones anormales de la FCF se debe valorar:

1. Cambio de posición materna a decúbito lateral, preferiblemente sobre el izquierdo.
2. Examen vaginal para descartar prolapso de cordón o evolución rápida del parto. En este momento podría procederse a la estimulación de la calota fetal como método diagnóstico complementario.
3. En caso de mujeres en las que se esté administrando oxitocina: en presencia de un trazado clase II de la FCF se debe consultar con el especialista la conducta a seguir. Si el trazado se clasifica como III se debe suspender la oxitocina y proceder a una evaluación completa de la condición del feto por un especialista antes de reanudar la oxitocina.
4. Monitorización de la presión sanguínea materna para descartar hipotensión materna.
5. Si el patrón anormal está asociado a hiperdinamia no secundaria a oxitocina debe considerarse la utilización de tocolíticos.
6. El uso prolongado de la oxigenoterapia en la madre puede ser perjudicial para el feto y debe evitarse. No hay estudios que evalúen los beneficios o los riesgos asociados con el uso a corto plazo de la oxigenoterapia materna en los casos de presunto compromiso fetal.

Fuente: Clinical Management Guidelines For Obstetrician–Gynecologists Number 106; 2009 july.

Anexo 5: Secuencia de atención del RN



Fuente: Prevención, diagnóstico y tratamiento de sepsis y choque séptico del recién nacido en el segundo y tercer nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 2012 Noviembre.

Anexo 6.

Piel con piel

Procedimiento para realizar contacto piel con piel

1. Informar a la madre durante el período de dilatación de los beneficios y el procedimiento del contacto piel con piel y la posibilidad de realizarlo con su hijo o hija inmediatamente al nacimiento.
2. Responder a sus dudas y necesidades de forma individual, respetando en todo momento su decisión.
3. Mantener una temperatura confortable en la sala de partos (22-24°C).
4. Preparar paños, gorros y pañales calientes.
5. El ambiente de la sala de partos debe ser silencioso, cálido, con poca luz, con un acompañante para la madre si lo desea y evitando el exceso en el número de profesionales.
6. En los últimos minutos del expulsivo, invitar a la madre que desee el contacto piel con piel a que se descubra el abdomen/pecho ayudándola si lo necesita y cubriéndola con un paño caliente.
7. Retirar el paño en el momento del nacimiento.
8. Colocar el RN directamente sobre la piel de su madre, secándole suavemente el dorso con un paño precalentado, comprobando que respira sin dificultad, con buenos movimientos torácicos y que tiene buen tono muscular.
9. Retirar el paño utilizado para secar al bebé y cubrir a ambos con un paño seco y caliente, que no sobrepase los hombros del bebé para permitir el contacto visual.
10. Colocar a la madre semiincorporada abrazando a su hijo/a.
11. Madre próxima a 45° con el RN en posición prona entre sus pechos.
12. RN con las extremidades abiertas y flexionadas y la cabeza ladeada y ligeramente extendida, apoyada en el pecho materno, evitando la flexión e hiperextensión del cuello.
13. Favorecer el contacto visual entre madre-hijo/a, para lo cual puede ser conveniente la colocación de una almohada a la madre.
14. Colocar un gorro de algodón precalentado.
15. Realizar el Test de Apgar al minuto y a los 5 minutos sobre el cuerpo de la madre.
16. Realizar pinzamiento tardío (a los dos minutos o cuando deje de latir) del cordón.
17. Colocación de pinza en el cordón sin interferir en contacto piel con piel.
18. Recoger sangre de cordón según el procedimiento habitual (grupo y Rh fetal, gases).
19. El contacto piel con piel no debe interferir en la realización de MATEP.
20. Colocar un pañal al RN, si la madre lo desea, sin interrumpir el contacto piel con piel.
21. Vigilar, durante todo el proceso el bienestar de la madre y del RN, evaluando su coloración, respiración y tono muscular.
22. Acompañar a la madre en el posparto, ayudándola a encontrar una postura cómoda (cama 45° con almohada) que le permita interactuar y mirar a su hijo/a, animándola a tocarle y acariciarle, respetando sus deseos y su intimidad.
23. Identificar al RN antes de salir de la sala de partos.
24. Permitir, si la madre lo desea, que el RN se agarre al pecho espontáneamente, sin forzar la primera toma. Se puede facilitar el acceso al pecho pero es preferible dejar que realice el agarre espontáneo.
25. Mantener al RN en contacto piel con piel mientras la madre pasa a la cama.
26. Siempre que sea posible, la madre y el RN permanecerán en paritorio hasta que se complete la primera toma anotándose cuándo y cómo se produce.
27. Comprobar el bienestar materno inmediatamente antes de ser dada de alta en Área de Partos.

Fuente: Guía de Práctica Clínica Atención del Parto Normal del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA); 2010.

Anexo 7.

Tipos de material de sutura

* **ABSORBIBLES:** materiales que pueden ser degradados por el tejido en el sitio donde se coloca. La absorción depende del tejido, del tipo de sutura, de la edad y del estado general del paciente. Existe una variedad de suturas:

NO SINTÉTICAS: elaboradas de colágeno. Puede ser simple y cromado. Se utilizan en tejidos que cicatrizan rápido. Son ampliamente utilizadas en cirugía ginecológica y genitourinaria.

SINTÉTICAS ABSORBIBLES: están hechos de polímeros sintéticos. Producen menor reacción inflamatoria, son de más fácil manejo y tienen mayor resistencia a la tensión. Son polímeros del ácido poliglicólico.

Anexo 8.

Medicamentos avalados por esta Guía

OXITOCINA	
ATC	H01BB02
Indicación avalada en esta guía	Conducción del trabajo de parto e inducción de la labor de parto.
Forma farmacéutica y concentración	Solución inyectable 10 UI/ml
Dosis	DILUCIÓN (deseable uso en bomba de infusión continua) Dosis inicial Dosis de aumento Intervalo de dosis Dosis máxima Bomba de infusión 1.000 cc de SS 0,9% más 10 UI de oxitocina 1 mU/min (6 ml/h) Doblar dosis hasta conseguir dinámica eficaz 30 minutos 30 mU/min (180 ml/h) Goteo venoclisis sin bomba 1.000 cc de SS 0,9% más 10 UI de oxitocina 2 gotas/min (6 ml/h) Doblar dosis hasta conseguir dinámica eficaz 30 minutos 60 gotas/min

Dosis	Ajustar dosis de acuerdo a la respuesta: contracciones, dilatación Disminuir la infusión: una vez que se han conseguido contracciones frecuentes y que la labor de parto avanza a 5-6 cm de dilatación.
Precauciones	- Antecedentes de cesárea. - Polihidramnios. - Multiparidad. - Antecedentes de sepsis uterina o parto traumático anterior. - Preeclampsia severa y enfermedades cardiovasculares severas. - Insuficiencia renal; aumenta riesgo de sobrecarga hídrica. - Utilizar como inductor en labor de parto solamente después de una adecuada evaluación del riesgo/beneficio. - Durante el parto, puede perjudicar expulsión de placenta y provocar sobreestimulación uterina. - Se requiere vigilar ingesta y excreta de líquidos cuando se emplean dosis altas o por tiempo prolongado. - Riesgo de desarrollar coagulación intravascular diseminada, preeclampsia o enfermedad cardíaca grave.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento. Desproporción cefalopélvica y otras obstrucciones mecánicas. Sufrimiento fetal agudo. Emergencias obstétricas. Desprendimiento de placenta. Placenta previa total. Prolapso de cordón. Hipertonía uterina. Ruptura o riesgo de ruptura uterina. Presentaciones fetales desfavorables, cuando falla la adecuada actividad uterina para una satisfactoria progresión en las fases del parto.
Efectos adversos	Frecuentes: náusea, vómito, hipertonía uterina (madre). Trauma fetal. Hiperbilirrubinemia en los neonatos. Poco frecuentes: arritmias (madre y feto), bradicardia fetal, episodios hipertensivos (madre), anafilaxia (madre), afibrinogenemia, hemorragia posparto (madre). Embolismo de líquido amniótico (madre). Laceraciones cervicales o vaginales (madre), convulsiones en el neonato, hemorragia de retina (neonato), sufrimiento fetal agudo. Raros: tetania uterina, ruptura uterina, abruptio placentae, intoxicación hídrica, daño cerebral, hemorragia subaracnoidea (madre).
Interacciones	Diminución de la eficacia: - Anestésicos inhalatorios (halotano y enflurano): disminuyen el efecto oxitócico. Antagonistas adrenérgicos. Aumento de los efectos adversos: - Anestesia caudal con vasoconstrictores: aumenta riesgo de HTA severa. - Cloruro de sodio o úrea intraamnióticos y otros oxitócicos: aumentan el riesgo de hipertonía, ruptura uterina y el riesgo de hipertensión arterial. - Prostaglandinas (misoprostol): se potencian mutuamente sus efectos, aumentando el riesgo de hipertensión arterial. - Simpaticomiméticos: efecto sinérgico, incrementando el riesgo de hipertensión arterial.

Uso en el embarazo	Categoría B
Uso en la lactancia	Uso con precaución durante la lactancia

ERITROMICINA	
ATC	S01AA17
Indicación avalada en esta guía	Profilaxis de oftalmia neonatal (por gonococo o chlamydia).
Forma farmacéutica y concentración	Ungüento oftálmico 0,5%
Dosis	Colocar 1 cm ³ en ambos ojos inmediatamente después del nacimiento.
Precauciones	- Propicia el crecimiento de microorganismos no susceptibles, incluidos infecciones micóticas. - El uso concurrente de corticosteroides tópicos puede enmascarar manifestaciones de infecciones víricas, fúngicas o bacterianas.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento o a sus componentes. Irritación ocular menor.
Efectos adversos	Poco frecuentes: reacciones oculares menores, enrojecimiento, reacciones de hipersensibilidad.
Interacciones	No se han reportado interacciones significativas con este medicamento en administración oftálmica.

FITOMENADIONA (Vit K)	
ATC	B02BA01
Indicación avalada en esta guía	Profilaxis de enfermedad hemorrágica del recién nacido
Forma farmacéutica y concentración	Solución inyectable 10 mg/ml
Dosis	Enfermedad hemorrágica del recién nacido Profilaxis: 0,5-1 mg, IM, dentro de la primera hora del nacimiento.
Precauciones	- Se han reportado reacciones severas e incluso muertes por administración IV, especialmente si se lo hace rápidamente o aún en forma de dilución. - Produce reacciones tipo anafilaxia, paro respiratorio o cardíaco. - Administrar por vía IV solamente en los casos en los que no es factible otra vía y que un serio riesgo lo justifique. - Cuando se emplea para antagonizar la sobredosificación de warfarina está indicada la monitorización mediante el Tiempo de Protrombina (TP) que es la prueba sensible para correlacionar con los niveles de factores de la coagulación vitamina K dependientes (II, V y X). No es un antídoto de la heparina.+

Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento, hipoprotrombinemia hereditaria, deterioro de la función hepática, pues la vitamina K1 podría no ser efectiva en hipoprotrombinemia en estos casos.
Efectos adversos	Frecuente: hipotensión, disnea, edema, hematoma en el sitio de inyección, sudoración intensa, enrojecimiento de la piel, cambios en el gusto. Raros: anafilaxia, hipotensión severa, paro respiratorio o cardíaco y muerte, por administración IV rápida. Hiperbilirrubinemia, ictericia y anemia hemolítica en neonatos, con dosis excesivas. Esclerodermia a largo plazo.
Interacciones	Disminución de la eficacia: - Trombolíticos (estreptoquinasa, urokinasa, reteplasa, alteplasa, tenecteplasa): disminuyen los efectos farmacológicos, por comportamiento antagónico. Aumento de los efectos adversos: - Aprotinina (inhibidor del sistema cinina-kalicleína, de la fibrinólisis y de la producción de trombina): efectos aditivos, aumenta el riesgo de eventos trombóticos. - Complejos del factor IX: efectos aditivos. En hemofilia B, administrarlos con ocho horas de diferencia entre ellos.

Apéndice Dispositivos médicos

Dispositivos médicos esenciales para atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato		
Código ECRI	Nombre genérico	Especificaciones técnicas
13-414-1	Algodón hidrófilo	Fibra natural, algodón hidrófilo 100%, blanco, inodoro, hipoalergénico, de textura suave al tacto, superficie homogénea, con gran capacidad de absorción, de fibra larga formado por superposición de capas, de estructura compacta, exento de impurezas.
17-428-7	Apósito transparente, 6 cm x 7 cm	Semipermeable, poliuretano, adhesivo hipoalergénico, estéril, descartable.
17-428-3	Apósito transparente con almohadilla ansorbente, 6 cm x 10 cm	Poliuretano, con marco, estéril, descartable
11-901-5	Bata personal manga larga, talla grande	Tela no tejida, SMS, polipropileno 100%, celulosa impermeable, gramaje mínimo 35 g/m ² , laminada, resistente a fluidos corporales, con mangas largas, puño de algodón, cinturones para sujeción, 120 cm a 150 cm de largo, no estéril, descartable.

11-901-6	Bata personal manga larga, talla mediana	Tela no tejida, SMS, polipropileno 100%, celulosa impermeable, gramaje mínimo 35 g/m ² , laminada, resistente a fluidos corporales, con mangas largas, puño de algodón, 120 cm a 150 cm de largo, no estéril, descartable.
11-904-1	Bata paciente adulto	Tela no tejida, SMS, polipropileno 100%, talla estándar, manga corta, gramaje mínimo 35 g/m ² , con dos cintas unidas a la bata para ajustarse a la cintura, apertura en la parte posterior, 110 cm a 120 cm de largo, no estéril, descartable.
13-367-1	Bolsa respiratoria para reanimación	Bolsa de reanimación de 200-500-750 ml, silicona y PVC, autoinflable con válvula paciente, válvula de peep, válvula de admisión, válvula reservorio, con mascarilla neonatal y pediátrica transparente, anatómica, con tubo de conexión a oxígeno sin rosca, con reservorio de oxígeno, libre de látex.
12-088-4	Brazalete para identificación, neonatal	Pulsera de polivinil suave, con película de plástico, resistente al agua, hipoalergénica, con broche de seguridad y tarjeta de identificación insertable, descartable.
12-088-1	Brazalete para identificación, adulto	Pulsera de polivinil suave, con película de plástico, resistente al agua, hipoalergénica, con broche de seguridad y tarjeta de identificación insertable, descartable.
11-692-1	Campana de pinard	Madera o metal, forma de campana hueca de aproximadamente 20 cm de longitud.
18-331-3	Catéter intravenoso No. 18 G con y sin aletas	1 1/4", 1,3 mm x 32 mm, teflón o poliuretano, radiopaco, con bisel biangulado y trifacetado, con mandril, con y sin cámara de flujo con alta transparencia, con flujo igual o mayor a 96-105 ml/min, con dispositivo antipinchazos, estéril, descartable.
18-331-4	Catéter intravenoso No. 20 G con y sin aletas	1 1/4", 1,1 mm x 32 mm, teflón o poliuretano, radiopaco, con bisel biangulado y trifacetado, con mandril, con y sin cámara de flujo con alta transparencia, con flujo igual o mayor a 60 ml/min, con dispositivo antipinchazos, estéril, descartable.
13-574-1	Cubre zapatos quirúrgicos	Tela no tejida unidireccional, gramaje mínimo 40 g/cm ² , 100% de polipropileno SMS, impermeable a la penetración de líquidos y fluidos, antiestática, con cinta elástica, con lámina antideslizante, largo aproximado mínimo 38 cm de punta a talón, descartables.
16-649-1	Equipo de venoclisis	Cámara de goteo transparente, 20 gotas/ml, válvula dosificadora de presión, filtro de 15 micras, línea de 180 cm (+/- 10 cm) de longitud, conector Luer Lock, libre de látex y DEHP (PHTalatos), regulador de flujo roller, puerto de acceso en Y, punzón ISO universal, estéril, descartable.

16-579-1	Equipo de infusión para bomba	Toma de aire con filtro antibacteriano, segmento de silicona, cámara de goteo flexible y transparente con filtro de líquido de 15 micras, tubo transparente 140 cm (+/-10 cm) de longitud, regulador de flujo <i>roller</i> , inyector lateral en Y de material autocicatrizante, conector Luer Lock, libre de látex y DEHP (PHTalatos), estéril, descartable.
10-030-17	Esparadrapo de tela no tejida	5 cm x 9,1 m, soporte de poliéster poroso, distensible, libre de látex, con adhesivo hipoalergénico distribuido uniformemente, transpirable, resistente a la humedad, descartable.
15-697-1	Gafas de seguridad	Plástico resistente transparente, policarbonato, ajustables, protección ocular lateral, antirayaduras y antiniebla, antireflejo, resistente a los químicos.
13-882-1	Gorro quirúrgico, mujer	De tela no tejida, SMS, polipropileno 100%, gramaje mínimo 35 g/cm ² , con elástico en los bordes, plegable, resistente a fluidos, antiestática, tamaño estándar, no estéril, descartable.
13-882-2	Gorro quirúrgico, hombre	De tela no tejida, SMS, polipropileno 100%, gramaje mínimo 35 g/cm ² , con filtro de papel absorbente en la frente, tiras para amarre, resistente a fluidos, antiestática, tamaño estándar, no estéril, descartable.
11-883-1	Guantes quirúrgicos N° 6,5	De látex natural, superficie antideslizante, polvo biodegradable, estéril, descartable.
11-883-2	Guantes quirúrgicos N° 7,0	De látex natural, superficie antideslizante, polvo biodegradable, estéril, descartable.
11-883-3	Guantes quirúrgicos N° 7,5	De látex natural, superficie antideslizante, polvo biodegradable, estéril, descartable.
11-883-4	Guantes quirúrgicos N° 8,0	De látex natural, superficie antideslizante, polvo biodegradable, estéril, descartable.
12-458-1	Mascarilla quirúrgica, tamaño estándar	Tela no tejida polipropileno 100%, SMS, gramaje 35 g/cm ² , de dos capas, con filtro de tres pliegues, sujeción con tiras, con barra nasal de aluminio cubierta, resistente a fluidos, antiestática, hipoalergénica, no estéril, descartable.
12-458-4	Mascarilla con visor	Con protector facial incoloro incorporado, banda antivaho, capa protectora antisalpicaduras, tela no tejida de tres pliegues, protector de nariz ajustable, bandas elásticas, no estéril, descartable.
11-240-1	Pañal desechable de recién nacido	Celulosa, polietileno, de alta capacidad de absorción, tela exterior impermeable, cierre adhesivo a la altura de la cintura, hasta 5,5 kg, descartable.
10-876-1	Pinza umbilical	Pinza dentada de polivinilo/polipropileno, estéril, descartable

10-127-1	Set de catéter para anestesia peridural	Set de anestesia combinada epidural espinal con <i>clamp</i> de seguridad para evitar la migración de la aguja espinal. Aguja espinal 27 G, con marcación de penetración. Aguja Tuohy epidural 18 G x 90 mm, catéter epidural de 20 Ga x 90 mm y aguja espinal <i>sprotte</i> con efecto magnificador, <i>clamp</i> de seguridad y marcación de penetración 27 Ga.
13-908	Sutura sintética absorbible de poliglicólico, poliglactina, No 2/0	Aguja punta redonda, 1/2 círculo, 24-26 mm, largo 70 cm, estéril, descartable.
EQUIPOS BIOMÉDICOS		
* Oxímetro de pulso	Estetoscopio neonatal	
* Sensores de pulso, adulto-neonatal	Cardiotocógrafo	
* Sensores de temperatura	Ultrasonido <i>doppler</i>	
* Cuna de calor radiante	Termómetro digital	
* Bomba de infusión	Laringoscopio	
* Balanza		

* Se encuentran en el grupo de equipos biomédicos; sin embargo, merecen mencionarlos en razón de que existen dispositivos médicos utilizados con el equipo

ISBN 978-9942-07-873-5



9 789942 078735



Ministerio
de Salud Pública